La sociología de la salud y los paradigmas de investigación

María Luisa Quintero Soto
Esteban Jaime Camacho Ruiz
Omar Ernesto Terán Varela
Coordinadores

La sociología de la salud y los paradigmas de investigación

SERIE
Las ciencias sociales
TERCERA DÉCADA

La sociología de la salud y los paradigmas de investigación

María Luisa Quintero Soto
Esteban Jaime Camacho Ruiz
Omar Ernesto Terán Varela
Coordinadores

Universidad Autónoma del Estado de México

MAPorrúa librero-editor • México

MÉXICO 2018

Esta investigación, arbitrada por pares académicos,
se privilegia con el aval de la institución coeditora.

362.1042

S67894

La sociología de la salud y los paradigmas de investigación / coordinado por María Luisa Quintero Soto, Esteban Jaime Camacho Ruiz y Omar Ernesto Terán Varela -- 1ª ed. -- México : Universidad Autónoma del Estado de México : Miguel Ángel Porrúa, 2018

131 p. : 17 × 23 cm. -- (La Ciencias Sociales. Tercera Década)

ISBN 978-607-524-160-9

1. Medicina social. 2. Medicina -- Aspectos sociales. 3. Salud e higiene -- Aspectos sociales. 4. Salud pública -- Aspectos sociales

Primera edición, enero del año 2018

© 2018
Universidad Autónoma del Estado de México

© 2018
Por características tipográficas y de diseño editorial
Miguel Ángel Porrúa, librero-editor

Derechos reservados conforme a la ley
ISBN 978-607-524-160-9

En cumplimiento a la normatividad sobre el acceso abierto de la investigación científica, esta obra se pone a disposición del público en su versión electrónica en el repositorio de la UAEMEX (http://ri.uaemex.mx) para su uso en línea con fines académicos y no de lucro, por lo que se prohíbe la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de esta presentación impresa sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de GEMAPorrúa, en términos de lo así previsto por la *Ley Federal del Derecho de Autor* y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

IMPRESO EN MÉXICO *PRINTED IN MEXICO*

LIBRO IMPRESO SOBRE PAPEL DE FABRICACIÓN ECOLÓGICA CON BULK A 80 GRAMOS
www.maporrua.com.mx
Amargura 4, San Ángel, Álvaro Obregón 01000, CDMX

Introducción

El libro *La sociología de la salud y los paradigmas de investigación*, se deriva del trabajo colegiado de la investigación científica, que realizan maestros y alumnos de las diferentes sedes académicas, quienes promueven la maestría en Sociología de la Salud, con el objetivo de impulsar las investigaciones de posgrado y así dar respuesta a la problemática social y a las necesidades de generación de conocimiento de la salud, desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.

Igualmente, los artículos aquí presentados recogen conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios, que impactan en las áreas de las Ciencias Sociales y de la Salud, desde un enfoque multi y transdisciplinario que permita identificar y respetar la diversidad, la multiculturalidad y el medio ambiente para la conservación de la salud y de estilos de vida saludables.

El libro inicia con la investigación de Alejandro Hernández Morales, Oscar Donovan Casas Patiño, Ranulfo Pérez Garcés y Omar Ernesto Terán Varela, en su trabajo "Una mirada a la formación de los recursos humanos para la salud: caso México", analizan, desde una revisión sistemática de algunas de las investigaciones generadas en torno a la formación de recursos humanos para la salud (RHS), que tuvo por objetivo examinar esta temática como base para la generación de líneas de investigación que orienten a un nuevo campo del conocimiento, que pueda ser de utilidad para los tomadores de decisiones del sector salud. Del análisis de los resultados obtenidos, se precisó que la formación del personal en salud está determinada por las necesidades de un sistema en salud y uno educativo, los cuales no están totalmente alineados en la búsqueda de un beneficio social: la salud. Esto se debe al modelo de formación que tiende, en lo general, a comportarse de manera jerárquico-

burocrática, es decir, vertical; lo que ha generado que exista desinformación respecto de las necesidades reales de salud que requieren los colectivos. Como una estrategia de remediación, se plantea, como propuesta, la instrumentación de una política pública en salud, en la que se concrete la coparticipación social y académica, con el fin de garantizar una adecuada vinculación entre las instituciones educativas, los servicios de salud y los colectivos.

Georgina Gutiérrez García, Ana María Durán Ibarra, María de los Ángeles Maya Martínez y Oscar Donovan Casas Patiño, en su documento titulado "Políticas públicas en la difusión de alimentos hipercalóricos desde la teoría sociológica de Durkheim", realizan una revisión del desarrollo de la sociedad bajo la perspectiva de Durkheim, lo que permite entender, desde la historicidad y el desarrollo social actual, los enfoques que pueden ayudar a comprender problemas de salud pública como la obesidad y no sólo el suicidio. El objetivo de este artículo es realizar una revisión y un análisis a profundidad de las políticas públicas en la difusión de alimentos hipercalóricos y sus efectos en la salud, a partir de la teoría sociológica de Durkheim, esto nos permite conocer la esencia de los efectos dañinos de los alimentos hipercalóricos, como punto neural de la transición alimentaria, que tiene que ver con procesos de modernización y desarrollo de la sociedad mexicana, y así como vislumbrar el efecto de la *globalización cultural*. Dentro de esta teoría existe una necesidad básica, la cual requiere un entendimiento mucho más amplio, esta es la *alimentación*, que se ha posicionado como una "cosa social", condicionada por medio de intereses económicos del estado neoliberal, que abrieron el mercado a compañías trasnacionales, lo que propició cambios en el estilo de vida y el comportamiento familiar, reflejándose en el estado de salud y nutrición de uno de los grupos vulnerables de la población: los escolares, pues al ser expuesto a realidades simbólicas, creadas para generar necesidades de consumo excesivo, han dado como resultado el sobrepeso y obesidad, estas sociopatologías son de alto impacto en la economía, educación y salud de la población mexicana. Es así que aquí se presente una reflexión teórica social para entender las patologías actuales del nuevo siglo XXI.

Por su parte Norma Georgina Martell Martínez, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Georgina Contreras Landgrave y Esteban Jaime Camacho Ruiz, en su investigación "Representaciones sociales de las relaciones sexuales en adolescentes: aproximaciones teóricas", muestran un balance del conocimiento acumulado sobre las aproximaciones teóricas de las representaciones socia-

les de las relaciones sexuales que tienen los adolescentes, con el objetivo de identificar principales avances y lagunas en la producción académica del objeto de estudio, realizada entre los años 2010-2015. Además, se rastrearon publicaciones relacionadas con el tema, identificadas en las referencias de trabajos seleccionados en la búsqueda electrónica, haciendo una clasificación de los hallazgos encontrados por categorías y seleccionando los más representativos para describir las formas como se ha abordado. De la revisión surgen, reiteradamente, algunos temas: la iniciación sexual; el embarazo en la adolescencia; el conocimiento y uso de anticonceptivos y las conductas sexuales, encontrando mayormente estudios de género y sexualidad. Se observó, en algunas de las investigaciones, que se trató de explicar las prácticas sexuales de los adolescentes dando especial énfasis a los ámbitos personales, familiares y socioeconómicos; pero poco se ha atendido la comprensión de los significados, valoraciones y referentes que tienen los adolescentes sobre su sexualidad, que pueden ser retomados mediante argumentos orientados a la explicación del comportamiento social de los individuos.

Griselda Vega Cruz, Juan Manuel Sánchez Soto, María de los Ángeles Maya Martínez y Ana Isabel Barco González, muestran la investigación "La conducta sexual de los jóvenes: un problema de salud pública", donde analizan las conductas sexuales de riesgo de los jóvenes como un problema de salud pública, debido al incremento de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, lo cual limita, en gran medida, el desarrollo personal, profesional y laboral, afectando la calidad y el bienestar de vida. Para mitigar esta problemática es imprescindible que los paradigmas sexuales se rompan y que la sociedad, en general, lleve a cabo una evaluación de las conductas sexuales de riesgo de los universitarios, a través de una investigación de corte cuantitativo transversal, utilizando el instrumento "Evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes universitarios", elaborado por Piña, Robles y Rivera (2007). Éste permitirá prever acciones que proporcione a los jóvenes las herramientas necesarias para poder elegir, de acuerdo a su conocimiento y preferencia, una sexualidad plena y responsable de sus propias decisiones.

En el artículo "Aspectos sociales y de la salud para considerar durante el climaterio y la menopausia: una revisión del estado del arte", de Néstor Serviño Reyna, María Luisa Quintero Soto, Elisa Bertha Velázquez Rodríguez y Ana Isabel Barco González, se discuten cuáles son los aspectos sociales de la

salud que interactúan en el comportamiento en la mujer durante el periodo del climaterio y la menopausia, ya que la mayor parte de la sintomatología que en esta etapa se presenta, son constructos sociales, por lo que se realizó una revisión bibliográfica donde se puede decir que, independientemente de la disminución de la función en la producción hormonal, existen otras variables que deben tomarse en cuenta para poder emitir un juicio, y concluir que el climaterio y la menopausia están ligados a patrones culturales enfocados a las formas más amplias de la feminidad, envejecimiento y concepciones médicas en general; así, en este sentido, el climaterio y la menopausia tienen que ser entendidos como construcciones sociales que reflejan y refuerzan valores culturales más amplios que deben de ser modificados con información.

Xochitl Italivi Flores Navarro, Silvia Padilla Loredo, María Luisa Quintero Soto y Elisa Bertha Velázquez Rodríguez en la publicación "Factores individuales, familiares y sociales, como incidentes en el consumo de sustancias psicoactivas", muestran cómo el estudio del uso de sustancias psicoactivas (SPA), desde la construcción de la masculinidad, implica comprender cómo se expresan los conceptos y las prácticas del consumo en una sociedad cambiante. El objetivo del trabajo es describir el significado del consumo de sustancias psicoactivas y el significado de la masculinidad en un hombre. Bajo el paradigma cualitativo, se empleó un método biográfico-narrativo, mediante la historia de vida, así como un análisis narrativo en dos ejes: consumo de SPA y significado de la masculinidad. Los resultados mostraron que el uso de SPA es una práctica que se "naturaliza" en la vida cotidiana, un medio para evitar el sentimiento de vulnerabilidad como hombres (desde la perspectiva de la masculinidad). Desde una perspectiva de género, el uso de SPA significa ser hombre, asumir el poder y la dominación de un ser inferior a él, esto permite que el consumo prolongado de SPA genere un estado de superioridad ante su entorno. La modelación del individuo, de la que habla Bandura en la teoría del aprendizaje social, señala que una conducta adictiva es una conducta social y aceptada por ella misma, ya que se adquiere y fortalece gracias a la experiencia directa que la sociedad pueda brindar, teniendo una recompensa por lo aprendido (el placer que provoca al consumir). Dicho lo anterior, lo replican padres, hermanos y amigos justificando el consumo como una conducta aprendida por medio de observación.

Finalmente, el trabajo de Yeny Jaqueline Díaz Cornejo, Rafael Alberto Durán Gómez, Silvia Padilla Loredo y Manuel Leonardo Ibarra Espinosa: "La

aproximación biográfica como estrategia del análisis del *bullying*, un problema social que afecta a la salud de los estudiantes de secundaria", señalan que la violencia en educación secundaria resulta ser muy común en las aulas de clase, ya que los estudiantes presentan una serie de problemáticas que seriamente repercuten en sus actitudes con sus compañeros, dentro y fuera de la escuela. Es importante rescatar que existen innumerables programas que se pueden aplicar en escuelas secundarias; sin embargo, hay grandes deficiencias entre el proceso de aplicación y la concientización de la problemática, lo que genera que dichas estrategias tengan poca eficiencia en su prevención. Una de las principales barreras que asechan a estos programas, es la diversidad de factores socioculturales que tienen los estudiantes, por lo cual el presente artículo propone la aproximación biográfica como una estrategia para indagar los aspectos sociales del estudiante, así como sus antecedentes familiares, drogadicción, violencia familiar, entre otros, los cuales brindan información que ayudará a comprender y analizar el comportamiento de los estudiantes partícipes del fenómeno del *bullying*.

Una mirada a la formación de los recursos humanos para la salud: caso México

Alejandro Hernández Morales, Oscar Donovan Casas Patiño
Ranulfo Pérez Garcés, Omar Ernesto Terán Varela

Introducción

Los recursos humanos para la salud (RHS) representan una pieza clave para que el sistema de salud cumpla con su objetivo principal: el garantizar las condiciones de salud de la población, mediante establecimiento de procedimientos preventivos y de atención oportuna. Esto implica que el análisis, orientado a la formación de los profesionales de la salud, requiere realizarse desde un enfoque multidisciplinario, en el que se incluyan aspectos sociológicos, administrativos, epidemiológicos, formativo-disciplinarios y de políticas públicas, de modo que sea posible vislumbrar un panorama mucho más amplio del estado del conocimiento en el que se encuentra el área de los RHS.

A pesar de la necesidad de contar con una visión integral, desde la cual sea posible entender que la salud es una condición que es determinada de manera multifactorial, en la actualidad, la formación de los RHS está desvinculada del modelo de atención, lo que ha generado que no exista congruencia con la panorámica epidemiológica y demográfica de las diferentes regiones que integran a las entidades federativas. El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad y natalidad de la población, son algunos de los factores de esta dinámica social, los cuales siendo definitorios de condiciones particulares en las poblaciones, que, si se les observa desde una visión de conjunto, tienden a diversificar las problemáticas en el país; pero que, desde los contextos particulares, demandan la atención urgente de aquellos problemas que están afectando la vida de las comunidades. Así, no sólo las condiciones anteriores están afectando esta dinámica, pues desde otra vía la cre-

ciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables (obesidad, sobrepeso, diabetes, síndrome metabólico, etcétera), también han modificado los patrones de salud, enfermedad y muerte en el país.

Recursos humanos para la salud

Los RHS son la base para la prestación de servicios de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos recursos están representados por "toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud" (Dal *et al.*, 2009). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los define como todos aquellos hombres y mujeres (profesionales e idóneos), que trabajan en el campo de la salud, no solamente médicos y enfermeras, sino también trabajadores de salud pública, quienes deciden sobre políticas, educadores, administrativos, científicos y farmacéuticos (Schweiger y Álvarez, 2007).

Asimismo, los RHS pueden considerarse como el conjunto de individuos que reciben algún tipo de entrenamiento, para ejecutar tareas relacionadas con la producción de servicios de salud personal y poblacional, a los procesos relacionados a esta producción y a su evaluación (Nigenda *et al.*, 2013). Haciendo un ejercicio ecléctico de estas definiciones, para fines de este trabajo, se entiende por RHS a toda persona o conjunto de individuos (profesionales o idóneos), que se desempeñan como médicos, enfermeras y, en general, trabajadores de salud pública, quienes forman parte de las instituciones de salud públicas o privadas, que cuentan con algún tipo de entrenamiento para contar con los conocimientos, capacidad técnica, habilidades, actitudes y valores para hacer frente a las necesidades y problemas relativos a la salud y la enfermedad, así como de los procesos relacionados con la producción de servicios de salud personal y profesional, y su evaluación.

Panorama actual

Dado que la configuración de la economía de los países latinoamericanos en los últimos años ha desarrollado características particulares, producto de un proceso de reforma del Estado, que bajo las premisas neoliberales ha tendido

a generar, al mismo tiempo, deterioro económico y social en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo, traducido en una serie de transformaciones que están cambiando la dinámica social actual. Esta afectación presenta múltiples aristas que dan cuenta de ello, en especial en el campo de la salud. Esta situación ha representado un incremento de las enfermedades asociadas a la pobreza —como el hambre, la malnutrición y desnutrición—, el deterioro de la higiene ambiental, el incremento de la marginación y otras que, de manera aislada o como resultado de estas condiciones, se están incrementando de manera alarmante. Esto significa que en la actualidad el cuadro epidemiológico se ha modificado, debido a la reemergencia de enfermedades que en el pasado habían sido controladas, pero en especial porque están emergiendo nuevos padecimientos, asociados a nuevas adaptaciones de agentes etológicos, diversificación de las vías de transmisión, así como las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas modificaciones y nuevas condiciones, exigen generar respuestas que trasciendan lo biológico y, por lo tanto, den cabida a aproximaciones desde diferentes fronteras disciplinarias, las cuales sea posible entender, de manera integral, las implicaciones que están teniendo las modificaciones de los elementos ambientales, el impacto que en ello están generando las relaciones sociales e interpersonales en donde se desenvuelve el ser humano, su estilo de vida y, en especial, cómo está definida la organización de los servicios de salud y desde dónde imperan. Bajo este esquema se parte de la premisa de considerar que el modelo de formación que prevalece, no da respuesta a los nuevos requerimientos de actuación, a causa, principalmente, de la insuficiente formación integral de los profesionales de la salud, los escasos o poco actualizados conocimientos, la falta de desarrollo de competencias específicas y la limitada aplicación de las Ciencias Sociales en el ámbito de la salud, entre otros factores (Artiles, 2005).

Al respecto, la OPS y la OMS, desde el año 2005, promueven en el mundo y en la Región de las Américas, en particular, un fuerte movimiento destinado a generar políticas y mecanismos de planificación y gestión, que garanticen la cantidad y calidad de los profesionales de la salud (OPS, 2011). Lo que ambas instituciones buscan, es encarar problemas puntuales como la ausencia de profesionales bien formados en lugares adecuados, generar calidad en las condiciones laborales, mejorar el desempeño del profesional en salud, así como reforzar los programas de formación e instalar procesos de acreditación.

En el año 2005, en los meses de junio y julio, la OPS realizó una consulta sobre los desafíos críticos que presentan los diferentes países en cuanto a su personal de salud. La consulta realizada fue parte de la estrategia de la institución para la organización de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos, efectuada en Toronto, Canadá, y se orientó con relación a la gestión y educación de los RHS; para tal efecto, se enviaron formularios de forma electrónica a los puntos focales identificados por las autoridades sanitarias nacionales, donde participaron 26 países, entre ellos México; los participantes calificaron el grado de desarrollo de cada uno de los desafíos y condiciones presentadas en una escala de uno a cinco (de nada desarrollado a satisfactoriamente desarrollado).

Con relación al desafío que abordó los aspectos relacionados con los mecanismos de interacción, entre las instituciones de formación y las instituciones de salud, se determinó que la región se encuentra en un punto intermedio, a pesar de existir muchas experiencias de aproximación entre los organismos de formación de profesionales y los servicios de salud, es raro que exista una compatibilidad entre los perfiles y las competencias requeridas por los servicios.

Posteriormente, en el 2006, la OMS informa sobre los países que presentan graves déficits y desequilibrios de personal en salud, identificando como la principal causa las fallas sistémicas en la planificación y gestión de éste. El informe señala que faltan en el mundo unos 2.3 millones de médicos, enfermeros y parteros, y más de 4 millones de trabajadores sanitarios en general (Dal *et al.*, 2009).

Respecto a la formación del personal en salud, el informe sugiere que se deben desarrollar instituciones docentes sólidas, como medida fundamental para lograr profesionales en número suficiente y con las cualificaciones que requiere el sistema de salud, es decir, un sistema de producción de personal competente, técnica y culturalmente capaz de desempeñarse en diferentes circunstancias y lugares. Adicionalmente, desde estos resultados y su análisis, se plantea que para corregir la escasez de profesionales de la salud, se deben construir nuevas instituciones y conseguir una combinación más adecuada de oportunidades de formación (se necesitan más escuelas de salud pública), subrayando la necesidad de generar un cambio en las expectativas de los titulados, que ya la clave no consiste en que busquen "saber todo", sino en "saber cómo"; de tal forma que el aprendizaje implique un proceso desde

el cual se generen las capacidades, habilidades y competencias para "aprender a aprender", "aprender a hacer", "aprender a ser" y, en este caso, de manera especial, "aprender a interrelacionarse". Esta mejora en la formación exige prestar atención tanto al contenido de los planes de estudio como a los métodos pedagógicos, donde también el personal docente necesita formación, apoyos más fiables e incentivos profesionales para alcanzar un mejor equilibrio con las demandas de la investigación y los servicios, que posibilite ser competitivos por los mismos recursos; por último, hace énfasis que para garantizar la calidad deberán también fortalecerse los procesos de acreditación de los planes y programas, acompañados de las adecuaciones en la reglamentación profesional, de modo que se explicite sobre quién debe ejercer y qué tipo de reconocimiento oficial se les debe dar (OMS, 2006).

Por su parte, Artiles (2005) sostiene que la formación de RHS, al sustentarse en un modelo médico hegemónico, poco favorece la incorporación real de los factores sociales como determinantes de la salud y la enfermedad, es decir, en la enseñanza universitaria predomina la organización curricular por disciplinas, los planes de estudios o currículos universitarios suelen mantenerse durante largos periodos de tiempo sin modificaciones en su estructura; por tanto, los contenidos de las materias que se imparten suelen ser pocos sensibles a los cambios del contexto, en el cual estos conocimientos se integran. Así, una de las principales limitantes que se enfrentan es que la formación de los RHS está alineada a los patrones culturales, preferencias, tendencias y conceptualizaciones de los que elaboran los currículos universitarios y enseñan en las universidades, que son quienes hacen el acto médico, por lo que estos agentes suelen convertirse en líderes y modelos de actuación.

Visto de esta forma, la actual formación de los profesionales de la salud resulta un obstáculo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), ya que la brecha que existe entre las entidades formadoras y los sistemas de salud, representan un obstáculo para lograr un adecuado perfil del recurso humano que esté acorde a la necesidad de cada país y región. Con esto, queda claro que la formación del recurso humano no es sólo una cuestión técnica, sino también política, por lo que su reestructuración se debe orientar hacia la adquisición de capacidades para abordar la heterogeneidad social y las dimensiones culturales de las realidades locales (Álvarez, Fernández y Valdés, 2012).

Frenk *et al*. (2011) sostienen que, a pesar de que el modelo de formación se ha modificado, la educación profesional no se ha desarrollado al ritmo de los nuevos retos (riesgos infecciosos, medioambientales y conductuales); fundamentalmente, por contar con un currículo fragmentado, obsoleto y estático que produce graduados mal equipados. De esta forma, los problemas son sistémicos y se encuentran determinados por una descoordinación entre las competencias y necesidades de los pacientes y de la población; un deficiente trabajo en equipo, encuentros episódicos en lugar de un cuidado de salud continuo y una predominante orientación hacia los hospitales a expensas de la atención primaria.

En este marco, se ha señalado que la formación de los profesionales de la salud debe evolucionar paralelamente a los cambios del nuevo siglo, ya que considera que la proliferación de facultades de medicina, sin una regulación apropiada, es un problema que se ve agravado por la oferta insuficiente de campos clínicos (Alva *et al*., 2011, citado por Soto, 2011). Por esto, se plantea que la formación de pregrado del profesional de la salud debe implicar un reenfoque, que enfatice el cambio de un paradigma hospitalario y curativo, hacia un enfoque multidisciplinario y preventivo con un aprendizaje orientado a la formación de agentes de cambio.

Al respecto, sirva de ejemplo el sistema de salud de Cuba, donde su modelo prestador de servicios se sustenta en los principios de ser único, gratuito, accesible, con cobertura universal y basado en la APS, el cual se caracteriza y distingue por contar con una amplia participación comunitaria e intersectorial, que trabaja por la equidad, calidad y eficiencia. Al cambiar el sistema de salud y su estrategia de atención, se planificó y previó un cambio en el programa de formación de las carreras y especialidades como resultado de la conjunción del modelo de educación y el modelo sanitario para responder al encargo social; de un perfil inicialmente curativo a un perfil de APS más que de promoción y prevención, que hoy constituye la base de su sistema de salud (Álvarez y Barcos, 2014).

Con todo lo anterior, en conclusión, puede inferirse que existe un déficit crítico con respecto al número de profesionales de la salud que están en contacto con el paciente; lo que indica que el mercado de trabajo no se encuentra equilibrado. Principalmente esto se debe a que la mayor parte de los países latinoamericanos se caracterizan por combinar un subsector público y uno privado, subsectores que tienen lógicas y demandas distintas, y que en gran

medida determina que la distribución del personal en salud no sea equitativa dentro de las diferentes regiones que conforman a los países, inequidad que no sólo se ve reflejada por la insuficiencia de profesionales en algunas regiones, sino que muchas veces la propia práctica médica no se realiza de acuerdo a las necesidades y problemas de salud de la población; de ahí que se considere que, en general, la formación no cumple con los requerimientos del escenario actual, en que se han diversificado los problemas asociados al proceso salud-enfermedad.

Situación actual de la formación de los recursos humanos para la salud en México

En México, los indicadores de disponibilidad de RHS aumentan año con año; sin embargo, este incremento es bajo y poco significativo en comparación con el promedio recomendado por organismos internacionales. El número actual de médicos por 1,000 habitantes es de 2.2 y de enfermeras por 1,000 habitantes es de 2.7 (Peña, 2013). Al respecto, de acuerdo con los organismos internacionales, en particular la proporción de enfermeras debería incrementarse; la OMS recomienda 2.5 médicos por 1,000 habitantes, mientras que el promedio que propone la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), es de 3.2 médicos por 1,000 habitantes y 8.7 enfermeras por 1,000 habitantes. Esto implica que para llegar a los mismos estándares se debería incrementar 50 por ciento la cifra de médicos y más que triplicar la cifra de enfermeras. Sin embargo, como es de esperarse, el alcanzar estas cifras no garantiza una cobertura total en la población y una disminución en los problemas de salud de los colectivos, ya que existe una mala distribución de los RHS, con problemas de total ausencia de este personal en zonas rurales, semiurbanas, marginadas, así como en hospitales o clínicas de alta especialidad. La situación se complica cuando se reconoce que, en muchos casos, el problema no sólo es cuantitativo, sino cualitativo y tiene que ver que en muchos de los casos, las plantillas de recursos humanos presentan un perfil profesional inadecuado incompatible con el área operativa en donde se desempeñan, originándose, de esta forma, una vinculación inadecuada del personal que se forma y las instituciones en salud en las que darán servicio.

Esta situación se observa claramente en las cifras que presentan el sector salud y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en las que se reporta que hay 259 mil médicos en todo el Sistema Nacional de

Salud, de los cuales alrededor de 38 por ciento corresponden a médicos especialistas, es decir, 95 mil. Pero la mayoría de ellos son especialistas en enfermedades que ya no son las de mayor demanda de la población, en la actualidad. Por ejemplo, derivado del envejecimiento demográfico, el número de personas de la tercera edad ha aumentado de manera significativa, especialmente en algunas regiones del país; no obstante, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), sólo hay 400 geriatras en todo el país, para una población de más de 10 millones de adultos mayores, que representa el 9 por ciento de la población total, que requieren cada día de atención médica especializada (Rodríguez, 2014).

Actualmente, la formación de RHS en México está a cargo de dos secretarías de estado (Secretaría de Salud [SSA] y la Secretaría de Educación Pública [SEP]), organismos que establecen los criterios y lineamientos para la formación e integración de RHS a partir de esquemas políticos, económicos y sociales, que buscan dar respuesta a estándares internacionales. Por desgracia, la débil vinculación que existe entre dichas instituciones, ha impedido que pueda establecerse la coordinación de los esfuerzos para llevar a un buen término esta encomienda, ya que la mejora en los servicios no sólo implica aumentar el número de profesionales, sino que se incida de manera positiva mediante la adecuación de los Planes y Programas de Estudio, así como de la ampliación de las opciones educativas y laborales en todas las regiones del país.

Uno de los grandes problemas que históricamente se han enfrentado es que particularmente, para la profesión médica, los criterios para definir matrículas en las escuelas y facultades de medicina, no responden a una planeación basada, por ejemplo, entre otros factores, en los cambios demográficos y epidemiológicos de las entidades federativas y las regiones. El número de estudiantes que se admiten en cada caso se determinan, sobre todo, con base en factores de infraestructura (capacidad institucional instalada), presupuesto, campos clínicos disponibles y, en algunos casos, por cuotas otorgadas a grupos de presión, por lo que resulta preocupante que, en muchas entidades federativas, lo que predominen son criterios políticos en la conformación de la matrícula, más que las necesidades de los servicios médicos de la población. Ello obedece que en gran medida en México no existe algún fundamento jurídico que obligue a una planeación coordinada de todas las instituciones de educación superior ni a las escuelas de medicina; la normativa existente se enfoca más en aspectos metodológicos, de contenido temático y de la disposición de campos clínicos (Nigenda y Ruiz, 2010).

Para las especialidades médicas y el servicio social, la planificación de plazas disponibles son definidas por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), aunque las vacantes de puesto y el entrenamiento está a cargo de las instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), hospitales privados, etcétera. Así, a pesar de que el proceso de titulación es definido por las universidades, la certificación se hace por los consejos médicos o academias dependientes de la Academia Nacional de Medicina, por lo que la autorización para el ejercicio profesional la otorga la Dirección General de Profesiones, dependiente de la SEP, con la emisión de la cédula profesional (IMSS, 2014).

Cabe aclarar que la CIFRHS de lo único que se encarga es de coordinar la asignación de las plazas disponibles a los médicos. En algunos casos se ha planteado que si bien la función de esta Comisión es muy reducida, de "administración/adjudicación" de plazas, si fuera la encargada de supervisar los procesos formativos y académicos, enfrentaría serios problemas y lo más seguro es que terminaría por cerrar la gran mayoría de sedes para médicos residentes, debido, principalmente, a que no existe hasta este momento un censo nacional de profesores certificados en la enseñanza de posgrado, en este caso de especialidades médicas (Casas *et al*., 2013).

Esta situación es determinante y ha sido la responsable de que los RHS se sigan formando con modelos curriculares predominantemente clínicos y centrados en la atención curativa e individual, más que modelos que privilegien la APS, a partir de la cual se favorezca la prevención de enfermedades; aun cuando se reconozca, desde hace mucho tiempo, que los modelos educativos tradicionales, memorísticos y sobresaturados de contenidos teóricos, ya no son pertinentes ni efectivos para la formación de RHS.

Ante este escenario, es fundamental que el Estado mexicano, a través de sus instituciones reguladoras, determine la cantidad de profesionales en salud que se necesitan y la orientación que su formación debe tener para que las instituciones educativas formen al personal que las instituciones de salud y la población requieren. Esto supone reconocer que el Estado, como jerarquía política, es quien marca las directrices y establece los términos en que

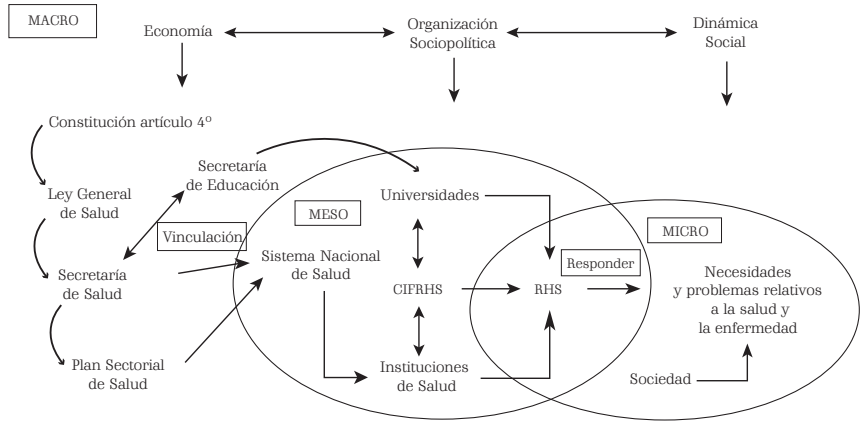
se estructuran los Planes y Programas de Estudio, de modo que la forma en que son definidos los contenidos y en gran medida se siguen definiendo "desde arriba", en función de la política nacional que en materia de salud se defina, de ahí que se considere que el modelo de formación es determinado de manera jerárquico-burocrática, vertical, que poco ha favorecido o tendido a favorecer y atender las necesidades reales de la población. Aún y con estas consideraciones, y las implicaciones que de ello pueden derivar, es también importante analizar qué factores o elementos son los que orientan la formación del personal en salud, a fin de tener una visión integral de la problemática que enfrenta la formación de RHS.

La mirada compleja a un problema real

La salud es un bien contingente e importante para el bienestar de los individuos, las familias y la comunidad; es, asimismo, el resultado de la interacción de numerosas variables, como el desarrollo socioeconómico, la organización sociopolítica, el nivel educativo, las costumbres y creencias de la población, su dinámica demográfica y las características geográficas regionales (Juan y Villalpando, 1994). De manera que, para poder dar respuesta a esta garantía social, es necesario contar con RHS con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes para resolver los problemas y las necesidades en salud que presenta la población. La formación de los RHS es el resultado de las relaciones que pueden establecerse entre diferentes factores de los niveles macro, meso y micro, que dan por resultado el origen directo o indirecto de esta formación. Estas interrelaciones se representan en el diagrama 1.

El nivel macro está constituido por la esfera económica, política y la dinámica social del país; es decir, este nivel está representado por el Estado mexicano, quien asume la responsabilidad de garantizar el derecho a la protección de la salud, garantía social expresada en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Para poder atender esta tarea, en el marco de la Constitución, debe emitir los instrumentos normativos específicos que en este caso están representados por la Ley General de Salud que en su Título Cuarto establece las bases para la vinculación del sistema educativo y de salud referente a la formación y actualización de los RHS; lo que procedimentalmente reconoce el vínculo necesario que debe establecerse entre las secretarías de Salud y de Educación Pública.

Diagrama 1
Elementos que intervienen en la formación de los RHS



Fuente: Elaboración propia.

A pesar de ello, la realidad ha mostrado que estas instituciones no han logrado establecer una vinculación real para este propósito, especialmente, porque la mayoría de las veces se han enfocado a dar prioridad a otros aspectos que son demandados, tanto a nivel nacional como internacional, o bien, privilegiando aspectos que son de importancia para la política nacional, pero descuidando su tarea primordial de bienestar social. En este marco, la orientación en términos de objetivos, metas y estrategias que cada gobierno federal busca alcanzar en materia de salud, se formulan en el Plan Sectorial de Salud, el cual se desprende del Plan Nacional de Desarrollo, en el cual pueden integrarse diversos aspectos relacionados con el sector salud, incluyendo la formación del personal en salud.

Con lo anterior puede considerarse al nivel macro, como el nivel estratégico, ya que en éste están establecidas las estrategias y políticas a seguir para la formación de los RHS, a través de las cuales se establece la intención y compromiso de generar personal adecuado que dé respuesta a las necesidades de la población. Por desgracia, la realidad ha mostrado de manera recurrente que, aun cuando queden integrados estos elementos como directrices en los documentos normativos, muchas veces cuestiones como éstas sólo quedan como declaraciones de principio, pues la mayoría de las veces el escenario real es otro. Así, a pesar de que existe mayor vinculación entre el Estado y la sociedad, para la generación de políticas, el estilo autoritario, burocrático y

centralizado, que ha caracterizado al gobierno nacional durante muchos años, ha obstaculizado la aplicación correcta de las acciones estratégicas, que buscan dar respuesta a los problemas que afectan el bienestar público, en este caso la salud-enfermedad.

El nivel meso, como nivel táctico, está representado por el Sistema Nacional de Salud, el cual articula los programas de servicios que se ofrecen en esta materia en diferentes instituciones y hace uso de los RHS. En el artículo 89, del Título Cuarto "Recursos Humanos para los Servicios de Salud", Capítulo III "Formación, Capacitación y Actualización del Personal", de la Ley General de Salud, se refiere que "las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud" (LGS, 2015). Aunque esta Ley fue expedida el 7 de febrero de 1984, un año antes se creó la CIFRHS, cuya misión es ser un espacio de coordinación interinstitucional entre los sectores salud y educación, erigiéndose como un órgano asesor de la SEP, la SSA y de las instituciones de educación de salud (Ledezma, 2004). El nivel meso es un espacio de interacción entre el Estado mexicano y las estructuras institucionales, que son el brazo largo del gobierno para poder dar respuesta a los problemas públicos de la sociedad y tomar las mejores decisiones para lograr el bienestar social.

Por último, el nivel micro, que corresponde al nivel operativo, está representado por la sociedad (actores primarios y secundarios), es decir, individuos o colectivos que presentan necesidades y problemas relativos a la salud y la enfermedad y los profesionales de la salud, que deben dar respuesta a dichas necesidades reales. En este nivel es donde se debe ver reflejado el trabajo del Estado mexicano, al integrar "equipos de salud" acordes con las necesidades de los colectivos.

Conclusiones

En México, la salud como derecho humano es responsabilidad del Estado mexicano. Su labor es brindar a la población servicios de salud con calidad y cobertura, para resolver los problemas y las necesidades reales de los colectivos. Para ello es necesario contar con profesionales de la salud preparados bajo un modelo médico social que involucre los factores de determinación

social y un enfoque humanista que logre integrar la parte biológica y social del individuo, esto favorece a una participación integral entre el personal de salud y el individuo, la familia y la comunidad, lo que conlleva a ejercer la medicina dentro de un contexto de prevención, y no como un proceso enfocado y acotado a la curación.

En el marco de las reformas políticas, que pretenden unificar al Sistema Nacional de Salud, deben contemplar la formación de los RHS como eje fundamental para llevar a cabo todas las acciones enfocadas a la salud-enfermedad, el profesional debe formarse bajo los esquemas de los escenarios de salud que se presentan a causa de la transición demográfica y epidemiológica que ha sufrido el país, pero además debe tomar en cuenta las características propias y la forma de organizarse de los individuos que integran las diferentes regiones del mismo.

Es necesario generar políticas públicas en salud que orienten la formación del capital humano en salud a las necesidades y problemas actuales y futuros de salud de los colectivos, políticas que deben formularse bajo un esquema de coparticipación social y académica, que involucre a la sociedad en el proceso de construcción-protección de la salud y, además, que estén estructuradas alrededor de los determinantes sociales de la salud y no de sus consecuencias. Se requiere un trabajo constante e integrado del sistema de salud y el sistema de educación, además de una mayor participación de los tres ámbitos de gobierno (municipal, estatal y federal).

Para poder darle forma a una política *ad hoc*, el Estado mexicano debe realizar un diagnóstico de la vinculación que existe entre el sistema de salud y el sistema de educación, basado en los siguientes elementos: los modelos de atención que se están ejecutando, la infraestructura y los recursos que se utilizan para llevar a cabo el proceso de atención, los modelos de formación de los profesionales de la salud, las acciones de las universidades y las instituciones en salud para diseñar, desarrollar, evaluar e innovar los modelos de formación y el análisis de los elementos contextuales que orientan el perfil de los profesionales de la salud.

Por último, se debe analizar cuál es el papel que está realizando la CIFRHS respecto a la formación de los RHS, para determinar hasta qué punto este organismo ejerce su autonomía para orientar y coordinar la formación de los profesionales de la salud y qué política en salud está aplicando.

Fuentes consultadas

Álvarez, R., J. Fernández, y J. Valdés (2012). "Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo", en Educ. Med. Sup., 26(2). Disponible en http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/30/26

Álvarez, R. e I. Barcos (2014). "La formación y el perfeccionamiento de recursos humanos en el sistema de salud cubano", en *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(3), en 368-370. Disponible en http://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2014/hcm143a.pdf

Artiles, L. (2005). "El Proyecto Magisterio y la Categoría género en la formación de recursos humanos en salud", en *Educ. Med. Sup.*, 19(2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-14120050002000001&script=sci_arttext

Casas, D., A. Rodríguez, I. Casas y C. Galeana (2013). "Médicos residentes en México: tradición o humillación", en *Medwave*, 13(7). 1-5. Disponible en http://www.medwave.cl/medios/medwave/Agosto2013/PDF/medwave.2013.07.5764.pdf

Dal, P., M, N. Gupta, E. Quain y A. Soucat (2009). "Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos", en Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547701_spa.pdf

Frenk, J., L. Chen, Z. A Bhutta, J. Cohen, N. Crisp, T. Evans, H. Fineberg, P.J. García, Y. Ke, P. Kelley, B. Kistnasamy, A. Meleis, D. Naylor, A. Pablos-Mendez, S Reddy, S. Scrimshaw, J. Sepulveda, D. Serwadda y H. Zurayk (2011). "Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente", en *Rev. Peru Med Exp Salud Pública*, 28 (2), 337-341. Disponible en http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf

imss (Instituto Mexicano del Seguro Social) (2014). "La formación de recursos humanos para la salud de cara al futuro", en *Bol Coleg Mex Urol*, xxxix (1), 5-7. Disponible en http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=100174&id_seccion=1494&id_ejemplar=9757&id_revista=104

Juan, M. y J. Villalpando (1994). "Situación y perspectivas de la política nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud", *Educ. Med Salud*, 28(3), 316-330. Disponible en file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/Educacion%20medica%20y%20salud%2 0(28),%203.pdf

Ledezma N. E. (2004). "Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (cifrhs)", en *An Radiol Mex,* 2004, 3(3), 219-221. Disponible en http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=26765&id_seccion=1306&id_ejemplar=2776&id_revista=99

lgs (Ley General de Salud) (2015). "Ley General de Salud, Última Reforma, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 04-11-2015". Disponible en http://www.dgeti.

sep.gob.mx/sitio2012/images/multimediaDGETI/archivosPdf/coordinacionAdministrativa/Ley_General_de_Salud.4nov2015.pdf

MUNCH, L. (2006). *Fundamentos de administración*, México, Trillas.

NIGENDA, G. y J. Ruiz (2010). *Formación, empleo y regulación de los Recursos Humanos para la Salud. Bases para su planeación estratégica*, Cuernavaca, Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/planificacion_rhus_gnigenda.pdf

NIGENDA, G, V. Magaña y D. Ortega (2013). "Recursos Humanos para la Salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral", en *Gaceta Médica de México*, 149(5), 555-561. Disponible en http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n5/GMM_149_2013_5_555-561.pdf

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud*, Ginebra, OMS. Disponible en www.who.int/whr/2006/es/

_____ (2007). "Atención Primaria de Salud". Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3176&layout=blog&Itemid=3536&lang=es

OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2011). *Residencias Médicas en América Latina*, Washington, D.C., OPS. Disponible en www.paho.org/hq/index.php?option=com_ docman&task=doc

PEÑA, N. E. (2013). "Programa Sectorial de Salud", Plan Nacional de Desarrollo 2013-1018. Disponible en http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf

RODRÍGUEZ, R. (2014). "México, sin especialistas contra males crónicos", en *El Universal*. Disponible en http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/mxico-sin-especialistas-contra-males-crnicos-217240.html

SCHWEIGER, L. y D. Álvarez (2007). "Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: aproximación al concepto de estimación de brecha", en *Cad. Saude Pública*, 23(2), 202-213. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/09.pdf

SOTO, A. (2011). "Recursos Humanos en Salud". en *Rev. Peru Med Exp Salud Pública*, 28(2), 173-174. Disponible en http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a01v28n2.pdf

Políticas públicas en la difusión de alimentos hipercalóricos desde la Teoría Sociológica de Durkheim

Georgina Gutiérrez García, Ana María Durán Ibarra
María de los Ángeles Maya Martínez, Oscar Donovan Casas Patiño

Introducción

El objetivo de realizar una revisión y análisis a profundidad de las políticas públicas en la difusión de alimentos hipercalóricos y sus efectos en la salud, "obesidad" en los escolares desde la teoría sociológica de Emilio Durkheim, permite conocer la esencia de los efectos dañinos de los alimentos hipercalóricos, como punto neural de la transición alimentaria, que tiene que ver con procesos de modernización de la sociedad mexicana y efecto de la globalización cultural, bajo la posición del pensamiento de Durkheim.

Las políticas públicas, en materia de difusión y venta masiva de alimentos hipercalóricos en México, se han consensuado desde el marco normativo y son ejecutadas de forma parcial por parte de la industria alimentaria. En la actualidad la Ley General de Salud establece que la población deberá contar con programas de promoción para la salud que le orienten y/o capaciten en la temática alimentaria, así como la aplicación de programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de obesidad, encaminados en promover hábitos de alimentación adecuados en grupos sociales vulnerables, como los escolares. Conforme al tema de prevención, el 15 de abril de 2014 se publicaron en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) los lineamientos, derogaciones y disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de publicidad en televisión abierta y de paga, así como en salas de exhibición cinematográfica, sobre la existencia en el control en la promoción del uso, venta o consumo en forma directa o indirecta con el propósito de no propiciar hábitos que distorsionen la buena nutrición en los menores de edad, bajo la premisa de a menor exposición a campañas publi-

citarias de alimentos hipercalóricos será menor el consumo y así disminuirá la obesidad escolar. Es urgente la aplicación de las normativas que regulen imparcialmente en televisión abierta el tiempo de exhibición y promoción de alimentos hipercalóricos y bebidas no alcohólicas.

Políticas públicas en el control y venta de alimentos hipercalóricos

La política es una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos. Una política pública es la representación de gobierno mediante la cual se rige la sociedad, implica distintos procesos y niveles de expresión, para regular, sistematizar, reglamentar, organizar, ordenar, etcétera; esto para la búsqueda del bien común en relación con los colectivos en una misma zona territorial. Considerando este concepto en México las políticas públicas en el control y venta de alimentos hipercalóricos, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en el segundo párrafo del artículo 3º, relativo a la contribución del desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas, fomentar la educación en materia de nutrición y crear conciencia sobre la preservación de la salud; así también, el artículo 4º, especifica que toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, el Estado lo garantiza.

Respecto a la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en el capítulo segundo, "Obligaciones de ascendientes, tutores y custodios", en el artículo 11:

> Son obligaciones de madres, padres y de todas las personas que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes: A proporcionarles una vida digna, alimentación, desarrollo de su personalidad en el seno de la familia, la escuela, la sociedad y las instituciones. Para los efectos de este precepto, la alimentación comprende esencialmente la satisfacción de las necesidades de comida.

Con base en estos preceptos, la Secretaría de Salud, en conjunto con la Secretaría de Gobernación, emiten Normas Oficiales Mexicanas con la finalidad de estandarizar medidas de prevención para la población escolar:

1. *Norma Oficial Mexicana de Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente (NOM-008-SSA2-1993)*. El objetivo es: establecer los criterios para vigilar el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población menores de un año, uno a cuatro años, cinco a nueve años y diez a diecinueve años, con la finalidad de generar un indicador positivo sensible que permita identificar oportunamente alguna alteración metabólica que repercuta en el futuro de éstos.
2. *Norma Oficial Mexicana de Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria (NOM-043-SSA2-2012)*. Regula los criterios para brindar orientación. Señala, en su punto 4.2, que la orientación alimentaria debe llevarse a cabo mediante acciones de educación para la salud, haciendo énfasis en el desarrollo de capacidades y competencias, participación social y comunicación educativa.
3. *Norma Oficial Mexicana. NOM-251-SSA1-2009. Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.* Se refiere a la observancia obligatoria para las personas físicas o morales que se dedican al proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, destinados a los consumidores en territorio nacional.

A pesar de la legislación mexicana para el control y prevención de la malnutrición escolar, la obesidad en edad escolar tiene importante incremento, como lo demuestra la Encuesta Nacional de Salud Pública 2012 (ENSANUT) (Gutiérrez *et al*., 2012). Ante esta situación, organismos internacionales, tales como la Organización Panamericana de la Salud, en 2014 publica una serie de líneas estratégicas para la atención primaria de salud y alimentación saludable, para la prevención de la obesidad y sus consecuencias a largo plazo, a causa del incremento en los porcentajes de sobrepeso y obesidad, por lo que en los siguientes objetivos hace recomendaciones como: lograr que los programas nacionales de alimentación escolar, así como los sitios de venta de alimentos y bebidas en las escuelas, cumplan con las normas o reglamentaciones que promueven el consumo de alimentos saludables (agua) y restrinjan la disponibilidad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional; ejecutar políticas para reducir el consumo infantil y adolescente de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional y establecer reglamentos para proteger a la población infantil y adolescente frente al efecto de la promoción y la publicidad de las bebidas azucaradas, la comida rápida y los productos de alto

contenido calórico y bajo valor nutricional (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su Meta Nacional II, "México Incluyente", Objetivo 2.2., "Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente", Estrategia 2.2.2., "Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población", señala, entre sus líneas de acción, promover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, mediante la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil. Reflejadas también en el Programa Sectorial de Educación 2013-2018, en su Capítulo III. "Objetivos, estrategias y líneas de acción", Objetivo 1. "Asegurar la calidad de los aprendizajes en la educación básica y la formación integral de todos los grupos de la población", Estrategia 1.7., "Fortalecer la relación de la escuela con su entorno para favorecer la educación integral", entre sus líneas de acción señala la relativa a impulsar la participación de las autoridades educativas estatales y de las escuelas en las campañas para una alimentación sana y contra la obesidad.

Así como el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su numeral III, "Objetivos, estrategias y líneas de acción", Objetivo 1, "Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades", Estrategia 1.1, "Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario", para fomentar los entornos que favorezcan la salud, en particular en las escuelas de educación básica, en el Objetivo 3, "Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida", Estrategia 3.7, "Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes", dispone en conjunto con la Secretaría de Educación Pública (SEP) la regulación de las cooperativas escolares.

Concerniente a la Ley General de Educación, dispone en su artículo 24 Bis, señala que la SEP difundió en el DOF los lineamientos a los que deberán sujetarse el expendio y distribución de los alimentos y bebidas preparados y procesados dentro de toda escuela, en cuya elaboración se cumplirán los criterios nutrimentales, que para tal efecto determina la Secretaría de Salud (SSA). Estas disposiciones, de carácter general, comprenderán las regulaciones que prohíban los alimentos que no favorezcan la salud de los escolares.

La Ley General de Salud (2014), en sus artículos 112, fracción III y 113, establece que la educación para la salud tiene por objeto orientar y capacitar

a la población, preferentemente en materia de nutrición, y que la SSA, en coordinación con la SEP y los gobiernos de las entidades federativas, y en colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población. En su artículo 115, fracciones II, IV y VII, dispone que la Secretaría de Salud tendrá a su cargo el normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables; normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas, y establecer las necesidades nutritivas que deban satisfacer los cuadros básicos de alimentos, de acuerdo con la disponibilidad y aceptación de alimentos dentro de la comunidad.

El 23 de agosto de 2010, se publicó en el DOF, el Acuerdo donde se establecen los lineamientos generales para el expendio de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica, con la finalidad de promover que en las cooperativas se preparen y expendan alimentos y bebidas que faciliten una alimentación correcta, impulsar una cultura de hábitos alimentarios saludables y una formación alimentaria que permita a niñas y niños, que cursan la educación básica, desarrollar aprendizajes hacia una vida más sana, propiciar la reflexión y el análisis entre las autoridades educativas y demás actores que participan en el quehacer educativo, para reconocer a la salud como un componente básico en la formación integral de dicha población.

En México, el 15 de abril de 2014, se publican en el DOF los lineamientos, derogaciones y disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de publicidad en televisión abierta y de paga, así como en salas de exhibición cinematográfica, sobre la existencia en el control en la promoción del uso, venta o consumo en forma directa o indirecta con el propósito de no propiciar hábitos que distorsionen la buena nutrición en los menores de edad.

En conjunto la SEP y la SSA, publican en el DOF, el 16 de abril de 2014, un Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional.

El H. Congreso de la Unión propone gravar con el impuesto especial sobre producción y servicios (IEPS), entrando en vigor el 1 de enero de 2014, adicionando un inciso G, a la fracción I, del artículo 2º de la ley a bebidas saborizadas, concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores que al diluirse, permitan obtener bebidas saborizadas y jarabes o concentrados para preparar bebidas saborizadas que se expendan en envases abiertos utilizando aparatos automáticos, eléctricos o mecánicos. El impuesto se calculó por la aplicación de una cuota de un peso por litro de bebidas saborizadas, y en cuestión de polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, el impuesto se calcula tomando en cuenta el número de litros de bebidas saborizadas de acuerdo con las especificaciones del fabricante.

Influencia de la televisión abierta en la difusión y venta de alimentos hipercalóricos en los espacios escolares

Se debe considerar a la sociedad como suma de los individuos que la integran y ésta prioriza sobre el colectivo, pues tiene poder para influir en los pensamientos y las acciones que además presentan una cohesión entre ellos mismos, a pesar de ser integrantes en su diversificación de actividades sociales (escuela, iglesia, trabajo, etcétera) expuestos al control que ejerce la publicidad, como satisfactor de necesidades psicológicas y emocionales, consistente en estimular la inmediatez, por lo que la disparidad entre los deseos y su satisfacción puede hacerse cada vez más evidente (Bustamante, 2010). Los medios de comunicación la aplican a través del *neuromarketing*, estudio cualitativo que emplea métodos como resonancias magnéticas, encefalografías, tomografías y *eyetracking* (movimiento ocular y apertura de las pupilas), para medir la atención, el grado de estímulo, tiempo que el consumidor recuerda el producto o el impulso que tiene hacia el producto o servicio después de recibir el estímulo. Empleando datos como medios, horarios, frecuencia, colores, imágenes y palabras que deben emplear en sus campañas publicitarias (Álvarez, 2014). La posibilidad de obtener datos de esta manera es cada vez más frecuente, pues permite conocer el sabor preferido, cantidad de tiempo que el logo de una marca es realmente "visto" por el público (Murgich, 2014). En esta sociedad altamente mediática, al consumidor se le pide obediencia

y experimenta su poder cuando eligen según ciertas pautas alimentarias o imita otros entornos que no son los propios.

En esta posición, la televisión abierta, durante décadas, fue la fuente central de entretenimiento de la familia mexicana y el principal medio de comunicación masiva que permite ingresar a información mundial, nacional y local proporcionando entretenimiento, cultura y educación, siendo una constante en la vida de los individuos desde la infancia hasta la adultez (Domínguez, 2012). Los escolares son el grupo social más sensible a los estragos de la publicidad, llegando a ser dependientes del consumo, por lo que en los últimos años se incrementó la preocupación e interés sobre la relación entre publicidad-edad infantil, así como la responsabilidad que deriva de la influencia que en ellos ejerce, al crear y consolidar nuevos hábitos de consumo, pues éstos serán la garantía de tener consumidores a futuro (Vargas, 2001).

En relación con la manera en que la publicidad logra enganchar a sus consumidores es mediante el uso de las emociones que provoca el consumir un alimento, que se convertirá en un satisfactor psicológico. Esta estrategia dio origen al término "economía de la dopamina", caracterizado por una multitud de microinteracciones con la marca, como lo demuestra Hicks (2014), la relación entre los alimentos hipercalóricos y la liberación de dopamina permite que el escolar entable relaciones a largo plazo con determinadas marcas.

La preferencia y compra de alimentos, por el efecto de la publicidad, aumenta la selección, adquisición y consumo de alimentos industrializados en el ámbito familiar, de tal forma que a mayor tiempo de exposición y repetición de un anuncio, mayor será el número de veces que el escolar pide a sus padres la adquisición del producto (Díaz *et al*., 2011). A esta estrategia se le denomina como "Factor fastidio", y se ha demostrado que es uno de los mecanismos más eficaces en publicidad infantil, que manipula y engaña a los niños para que exijan a sus padres un producto publicitado bajo esta estrategia (Calvillo, 2011). El 60 por ciento de las compras familiares son influenciadas por los escolares, debido a las recompensas inmediatas que el adulto le proporciona y así como la experiencia de ser cautivado, lo invite a jugar y a pasar más tiempo con la marca (Sánchez, 2014).

En cuanto a los alimentos publicitados en los horarios televisivos infantiles son, en términos nutrimentales, los de peor calidad en el mercado, por las altas concentraciones de azúcares, grasas y sal, así como colorantes, saborizantes y aditivos que son utilizados para atraer la atención y el gusto

de los menores, lo que provoca el desplazamiento de los alimentos naturales generando malos hábitos de por vida (Calvillo, 2010).

A partir del 2008, la Organización Mundial de la Salud considera que la televisión abierta tenía una fuerte influencia en el consumo y analiza los temas, grado y naturaleza de la promoción de alimentos, así como los efectos de la promoción de alimentos en niños, de lo que concluyen: el medio de comunicación ideal para tener acceso al público escolar es la televisión y en cuanto a horario, los predilectos son sábados y domingos por la mañana, así como cualquier día después del horario escolar (Cairns, 2008), tiempos en los cuales se proyectan programas dedicados a ese grupo de edad lo que facilita captar su atención. Se han realizado estudios, por parte de instituciones públicas y privadas, para determinar el gusto y preferencia de marcas de alimentos publicitados, audiencia de televisión y número de comerciales transmitidos por hora para medir el impacto que ejerce la televisión abierta en el colectivo.

En México, Consuelo Velázquez, en una entrevista realizada en 2010, determinó que los niños recibían de 12,600 a 20 mil mensajes televisivos anuales. Es decir, 39 comerciales por hora (lunes a viernes, 14:30 a 19:30; y sábados y domingos, 07:00 a 19:30), mientras que en naciones como Bélgica y Austria la cifra es de sólo cuatro comerciales por hora (Cruz, 2010).

El Instituto Nacional de Salud Pública (2014), en un estudio analizó el impacto publicitario en 110 escuelas primarias del país, los resultados mostraron que el 68 por ciento de los escolares compran productos que vieron en la televisión, por: el sabor, ansia, hambre y por regalo incluido en el empaque; 72 por ciento ven televisión por las tardes y un 38 por ciento en las noches, cuando no hay restricciones de publicidad (Velasco *et al*., 2014). En un estudio similar, donde se grabaron 600 horas de televisión de más *rating*, cuatro canales de televisión, de los cuales: 23.3 por ciento son de bebidas y alimentos, siendo las botanas dulces las de mayor frecuencia con el 27.3 por ciento de los avisos (Barquera, 2014).

Estudios realizados en las principales ciudades de México, Distrito Federal, Área Metropolitana, Guadalajara y Monterrey, concluyen que la televisión abierta influenció una de cada dos compras, siendo los factores predominantes: moda y la presencia de un juguete dentro del empaque y el 73 por ciento eligen un producto o marca por la publicidad en la televisión abierta. En cues-

tión de padres de familia, los porcentajes son los siguientes: 61 por ciento buscan que los productos contengan ingredientes naturales y cuidado del ambiente, nueve de cada 10 dice estar informado sobre una alimentación sana para sus hijos, seis de cada 10 consideran que la característica más importante para elegir un producto para sus hijos es que tenga ingredientes naturales y los niños se sacan 6.9 en alimentación sana y balanceada, de acuerdo con sus padres (TNS, 2013); lo que explica la precaria situación de salud y nutrición a la que se enfrentan los escolares, por un lado la fuerte influencia de los medios de comunicación y la decisión de compra, que al no ser ejercida adecuadamente por los padres, es el resultado de la mínima educación nutrimental.

La familia, en su carácter de dinámica interna, está atravesada por una historia que comparte con los miembros del grupo y desde su individualidad asumen diversos roles (Gallego, 2011), de acuerdo con el género y edad; esto permite que las campañas publicitarias puedan ser dirigidas a grupos específicos y generar relaciones a largo plazo con las marcas y productos, aceptándolos como parte del consumo habitual.

La población escolar mexicana gasta al menos 19 mil millones de pesos al año en la compra de alimentos hipercalóricos como dulces, galletas, sopas instantáneas, frituras y refrescos, como lo determinó Rodríguez (2010). Una tercera parte de éstos se consumen en la escuela y, en promedio, cada niño ingiere 1,400 calorías diarias y sólo gasta 300 en actividad física (García, 2011), al carecer de otra actividad extraescolar más que ver televisión por las tardes.

La cantidad de dinero que dispone el escolar dentro del plantel educativo, generalmente proporcionado por los padres, contribuye de manera significativa a incrementar los factores obesogénicos, debido a que el alumno elige libremente los alimentos que va a consumir dentro del plantel educativo, con base en la disponibilidad y precio accesible que se ofertan en los diferentes establecimientos y puestos a la salida de la escuela, tiendas y supermercados, constituyendo una cadena que promociona y asegura un elevado consumo alimentario; las compras ahí realizadas repercuten en el contenido y valor nutrimental de la dieta diaria, hecho que se contribuye a la transición alimentaria que ha vivido México en los últimos años (Kovalskys, 2013).

Una de las consecuencias de la globalización es la transición alimentaria, condicionada y apoyada por las campañas publicitarias de las empresas trans-

nacionales, las cuales anuncian alimentos atractivos de bajo costo y alto contenido calórico; rápidamente dichas campañas logran posicionar marcas provenientes de mercados transnacionales en microambientes (hogares, escuelas y comunidades), donde las influencias macrosociales impactan en ambientes locales (individuos, grupos humanos o escuelas); el resultado se ha observado en el corto plazo, ya que se han manifestado alteraciones en el estado de nutrición y salud de los escolares (Muñoz-Cano, 2012).

El mercado, invadido por campañas publicitarias de compañías trasnacionales que comercializan productos hipercalóricos, es un claro ejemplo del concepto conciencia colectiva frágil, en el que se sostiene que la sociedad tiene un grado de solidaridad mínima, la cual se refleja, por un lado, en la manera indiscriminada en que los medios de comunicación a través de estudios que analizan al ser humano para controlarlo, de manera psicológica, organizan sus campañas publicitarias y, por otro lado, el cambio de hábitos alimentarios poco saludables, haciendo creer al consumidor que la adquisición de los mismos le permitirá el acceso a estilos de vida diferentes a los que por cultura admite, conoce y consume de manera tradicional, así como crear satisfactores emocionales al adquirir mercancías con las que la liberación de dopamina provoca un estado de felicidad, relacionando el consumo de ciertas marcas con felicidad (Bustamante, 2010).

Teoría Sociológica de Emilio Durkheim y consumo de alimentos hipercalóricos mediados por medios masivos de comunicación

Considerando la Teoría Sociológica de Emilio Durkheim, el individuo tiene derecho a profesar la voluntad propia como acto interno (Durkheim, 1985), sobre el ejercicio de salud y nutrición. A pesar de esta premisa, los medios masivos de comunicación han logrado establecer redes de publicidad basadas en la satisfacción de necesidades elementales del hombre, tales como la alimentación, convirtiéndolas en un bien de la industria alimentaria multinacional con el objetivo de generar necesidades de consumo, que ejerzan una coacción exterior, convirtiendo una condición biológica en "cosa social", en donde éste pierde la libertad, mediada desde la economía y política neoliberal; el nivel de instrucción educativa en las familias y del individuo delimita, en cierto grado, la influencia psicológica en la que está inmerso.

El aumento de las cifras de sobrepeso infantil se relaciona con lo que Durkheim (1985) denomina "hecho social", a manera de hacer, de pensar y/o consumo reconocibles, por la susceptibilidad de ejercer una influencia coercitiva en la edad escolar por parte de modelos o estereotipos generados por campañas publicitarias para la promoción de alimentos hipercalóricos, y que crean prácticas sociales que al combinar la generalidad y la objetividad establecen en la conciencia individual acciones y juicios dentro de la conciencia del niño; de esta manera se establecen relaciones a largo plazo entre la marca y el colectivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2008, asoció la promoción y venta de alimentos hipercalóricos como un factor de riesgo de obesidad en los escolares. Las estadísticas de las mencionadas patologías, en el reporte emitido por esta organización en el 2010, había 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo. Algunos de los países agremiados a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2012), como Grecia (41 por ciento); Estados Unidos (35.5 por ciento); Italia (31.7 por ciento); México (28.6 por ciento); Nueva Zelanda (28.5 por ciento) y Chile (27.9 por ciento) tienen la tercera parte del grupo poblacional comprendido entre los cinco a 17 con sobrepeso. El promedio para los países integrantes de la OCDE es de 22.2 por ciento. La Organización Panamericana de la Salud en la 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, en un análisis la obesidad casi se duplicó entre 1980 y el 2008 en el mundo. En la población escolar, las tasas varían desde 15 por ciento en Perú hasta el 34.4 por ciento en México.

En cambio, la prevalencia de obesidad en escolares hace que sea de relevancia para el problema de salud pública al que se enfrenta el país, pues uno de cada tres niños presenta exceso de peso corporal. Como lo reporta la ENSANUT (2012), el 34.4 por ciento de la población presenta el 19.38 por ciento sobrepeso y el 14.6 por ciento obesidad; de los cuales, las niñas presentan el 32 por ciento y los niños el 36.9 por ciento.

La obesidad escolar se ha convertido en un problema de salud colectiva, lo que representa un obstáculo para el crecimiento del país, haciéndose cada vez más frecuentes y de difícil solución (Mussini, 2013). Se caracteriza por el exceso de nutrientes en la dieta y se asocia al aumento excesivo de masa corporal, incrementando las tendencias de enfermedades crónico-degenerativas (cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus) en edades cada vez más tempranas (OMS, 2015).

En el mundo globalizado, las condicionantes de desarrollo económico del país son el estado de salud y nutrición de su población; siendo los primeros indicadores: la reducción en la función inmune, vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas las cuales alteran el desarrollo físico-mental, reduciendo la productividad de la población.

El neoliberalismo ha propiciado cambios en el estilo de vida y en el comportamiento familiar, que comprometen la salud del escolar, así como el estatus socioeconómico y otras determinantes (sexo, edad, cultura, área geográfica, redes sociales y comunitarias) que alteran el equilibrio familiar (Romero-Martínez *et al*., 2004).

Como hecho social (Durkheim, 1985), el desequilibrio familiar consecuente a modas por el consumo alimentario, idealizan el deseo individual, llevando a la construcción de un consumidor pasivo, impaciente y errado en una mezcla de inmediatez y bajo el control que ejercen las empresas trasnacionales y que consolidan la perspectiva de que un mayor consumo alimentario podrá saciar necesidades emocionales, biológicas y de integración social.

En la prevención del sobrepeso y obesidad infantil, no basta la autorregulación empresarial. La presión publicitaria sobre los escolares es grande, y las consecuencias son de gran importancia, por lo que es necesario hacer cumplir con mayor firmeza cuestiones como el etiquetado y la publicidad de alimentos dirigidos a menores; el etiquetado debería reseñar claramente los componentes del alimento, calorías y, en ocasiones, sus potenciales riesgos para la salud.

Durkheim (1975) conceptualiza a la educación como: "un ente social: es decir, que pone en contacto al niño con una sociedad determinada". Por esa razón, en los planteles de educación básica hay una socialización metódica de las generaciones actuales, pues en cada individuo hay una serie de aspectos que hacen distinto a cada escolar del resto de la población, pero relacionado con su modo de ser; son situaciones de la vida privada de cada uno y hay costumbres que tienen que ver con el mismo grupo que constituyen su ser social el cual se refleja en el entorno económico y área geográfica en que se desarrolla, ya que éstas condicionan el acceso a alimentos y nivel educativo, el cual es desigual y heterogénea. No obstante, la educación que los adultos ejercen sobre las nuevas generaciones para la vida social, con la finalidad de que se integren en modelos de valores preestablecidos por la sociedad, en la

que predominan los medios de comunicación en la población con mayor influencia, los escolares (Mendiola *et al*., 2008).

Por esta razón, en los escolares los medios de comunicación ejercen su influencia y logran su objetivo mediante la creación de imágenes distorsionadas de la realidad, asegurando el consumo masivo de alimentos engordadores. Si bien los medios de comunicación ostentan el control, si es el espacio donde se crea el dominio emocional y psicológico en los consumidores, la audiencia controlada emocionalmente es seducida a desarrollar prácticas alimentarias que no benefician ni ejercen el derecho a la salud; sin embargo, resulta atractivo la preferencia por determinados alimentos hipercalóricos engordadores como una respuesta emocional condicionada por el tiempo de exposición a publicidad que sólo genera un alto grado de inmediatez y satisfacción en el consumidor.

El comportamiento de la toma de decisiones de la política alimentaria y social del Estado sigue siendo influenciado por la generación de empleos, inversión de empresas trasnacionales y la derrama económica que generan; la televisión sigue siendo la fuente de información de noticias políticas, y de toda índole, que inspira confianza en la audiencia masiva, asegurando mayor número de consumidores sin importar la edad que tengan, pues la programación está diseñada para cubrir un amplio espectro de la sociedad (Mendiola *et al*., 2008).

Conclusiones

La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud reconocen que, para combatir el problema de obesidad, es necesario aplicar las políticas públicas en materia de regulación en la promoción y venta de alimentos hipercalóricos que cumplan con los criterios nutricionales emitidos por la Secretaría de Salud, reduciendo el consumo de alimentos hipercalóricos en los espacios escolares, familiares y sociales. Este tipo de normativas deben de ser aplicables, sin excepción, en todos los canales y horarios de televisión abierta y no sólo en los que son considerados como infantiles.

En otro sentido, los programas de prevención, promoción para la salud y detección oportuna de obesidad deben estar enlazados con la regulación de promoción y venta de alimentos hipercalóricos, mediante los programas emitidos por Secretaría de Educación, Secretaria de Salud y otros organismos

gubernamentales encargados de vigilar la aplicación de la normativa, incorporando a los actores intermediarios, como la familia y el entorno escolar, para lograr con base en la educación en salud y nutrición, la mejora y prevención de enfermedades crónico-degenerativas.

Un hecho social es la sociopatología de la obesidad, siendo los escolares los más perjudicados, ya que son susceptibles a la influencia de campañas publicitarias en las que imperan acciones y juicios que impactan en la conciencia individual y que formaran parte de la toma de decisiones a largo plazo, aunado a que la familia se encuentra inmersa en un alto grado de inmediatez de satisfacción de necesidades, tanto alimentarias, emocionales y de aceptación social, lo cual provoca la adquisición de cierto tipo de alimentos hipercalóricos promocionados en televisión abierta que le da el carácter de "cosa" a la sociabilización que se genera dentro del plantel educativo. Dejar la tarea de elección de consumo a un escolar en un entorno basado en sensaciones y realidades, creadas por los medios de comunicación, se pierde objetividad, pues dentro del imaginario son sugestivos e ilusionantes y son fácilmente manipulables, por lo que es preciso instruir a padres de familia y maestros sobre él, compromiso social que se adquiere con este grupo de edad para tener y mantener el control de la disponibilidad de alimentos dentro y fuera de la escuela.

Organizaciones no gubernamentales, como El Poder del Consumidor, son quienes tratan de dar seguimiento a la aplicación de los lineamientos generales para el expendio y la distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas, señalando que "se quedan en el papel", pues no hay la creación de comités escolares, ni el monitoreo desde el gobierno y no hubo un proceso de capacitación en realidad como lo declara Fiorella Espinoza, especialista de El Poder del Consumidor para una entrevista para CNN México (2015).

De acuerdo con la Teoría Sociológica de Emilio Durkheim, una necesidad básica, como es la alimentación, se ha posicionado como una "cosa social", condicionada por medio de intereses económicos del Estado neoliberal, que abrió el mercado a compañías trasnacionales, lo que propició cambios en el estilo de vida y el comportamiento familiar, reflejándose en el estado de salud y nutrición de uno de los grupos vulnerables de la población: los escolares, pues al ser expuesto a realidades simbólicas, creadas para generar necesidades de consumo excesivo, resultante de sobrepeso y obesidad, estas socio-

patologías son de alto impacto en la economía, educación y salud de la población mexicana.

Fuentes consultadas

Álvarez, S (2014). *El neuromarketing hace efectiva tu marca*. (cnnExpansión), México. Disponible en http://www.cnnexpansion.com/emprendedores/2014/07/30/aplica-el-neuromarketing-a-tu-marca (consultado el 04 de mayo de 2015).

Barquera, S. (2014). *Investigadores del insp presentan resultados preliminares de investigación sobre publicidad de alimentos y bebidas en televisión y otros medios*, Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en http://www.insp.mx/epppo/blog/3590-presentan-investigacion-ow.html

Bustamante (2010). "Resumen de Macionis", en *Altillo.com*. Disponible en http://www.altillo.com/examenes/ues21/sociologia/socio2010resmacioni.asp

Cairns, G., Angus, K. y Hastings, G. (2009). "The Extent, Nature and Effects of Food Promotion to Children: a review of the evidence to december 2008", who. Disponible en http://www.who.int/dietphysicalactivity/Evidence_Update_2009.pdf

Calvillo, U.A. (2010). "Entre mercadólogos y pedófilos", *El Universal*, México. Disponible en http://www.eluniversal.com.mx/editoriales/50577.html (consultado el 23 de febrero de 2015).

_____ (2011). "El acceso a la información en la sociedad de consumo: de la comida chatarra a los productos milagro", en *Cuadernos de transparencia*, 19, Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos. Disponible en http://inicio.ifai.org.mx/Publicaciones/Cuadernillo_19.pdf

Cruz, Á. (2010). "Ocupa México primer lugar en número de comerciales por TV en horarios infantiles: experta", *La Jornada*, México. Disponible en http://www.estudiod3.com/alianza/index.php/home/2729-ocupa-mexico-primer-lugar-en-numero-de-comerciales-por-tv-en-horarios-infantiles-experta (consultado el 21 de abril de 2015)

Díaz, R.G., Souto-Gallardo, M.C., Bacardí, G.M. y Jiménez-Cruz, A. (2011). "Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática", *Nutr Hosp*, (26), 1250-1255. Disponible en http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/comunicacion/Medios_de_comunicacion_masiva.pdf Base de datos.

dof (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm

_____ (1993). *NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la Salud del Escolar. SCHOOLCHILD*. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/009ssa23.html

_____ (2010). *Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional*. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5344984&fecha=16/05/2014

_____ (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios*. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5133449&fecha=01/03/2010

_____ (2013). *Ley General de Educación*. Disponible en http://spep.sep.gob.mx/index.php/component/content/article/221

_____ (2013). *Ley General de Salud*. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

_____ (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

_____ (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Disponible en: http://pnd.gob.mx/

_____ (2013). *Programa Sectorial de Educación 2013-2018*. Disponible en http://spep.sep.gob.mx/index.php/component/content/article/221

_____ (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Disponible en http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html Secretaría de Salud. (2008).

_____ (2014). *Ley del Impuesto al Valor Agregado*. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/PEF2014/ingresos/03_liva.pdf

_____ (2014). *Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 Bis, 79, fracción X y 86, fracción VI, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad*. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5340694&fecha=15/04/2014

DOF (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad*. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MP.pdf

Domínguez, G.E. (2012). "Medios de comunicación masiva", *Red Tercer Milenio*. Disponible en http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/comunicacion/Medios_de_comunicacion_masiva.pdf

Durkheim, E. (1935). *The Division of Labor in Society*, Nueva York, MacMillan.

_____ (1975), *Educación y sociología*, Barcelona, Ediciones Península.

_____ (1985). *Las Reglas del Método Sociológico*, México, Fondo de Cultura Económica.

Gallego H.A. M. (2011). "Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características", *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35, 326-345, 2015. Disponible en www.redalyc.org/pdf/1942/194224362017.pdf

García, C.C. (2011). "Los alimentos chatarra en México, regulación publicitaria y autorregulación", *Revista Científica de la Asociación Mexicana de Derecho a la Información*. Disponible en http://132.248.9.34/hevila/Derechoacomunicar/2011/no2/10.pdf

Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A. y Cuevas-Nasu, L. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales*, Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en http://ensanut.insp.mx/.

Hicks, S. (2014). "Engancha a tus consumidores mediante química cerebral", en *Merca 2.0*, (12), p. 90.

Kovalskys, I. (2013). "Medioambientes obesogénicos, Prevención de obesidad. ILSI". Disponible en http://sap.org.ar/docs/congresos/2013/deporte/presentaciones/kovalskys.pdf

Martínez, B. D. (24 de agosto de 2015). "México cumple 5 años sin poder expulsar la comida chatarra de las aulas. (CNNMéxico) México". Disponible en http://mexico.cnn.com/nacional/2015/08/24/mexico-cumple-5-anos-sin-poder-expulsar-la-comida-chatarra-de-las-aulas

Mendiola Escobedo, D. y A. R. Pérez García (2008). "La idea de la Educación de Durkheim con motivo del ciento cincuenta aniversario de su nacimiento. Revista del Centro de Investigación", Universidad La Salle, 8, 109-120. Disponible en http://www.redalyc.org/pdf/342/34282911.pdf

Muñoz-Cano, J.M., Córdova-Hernández, J.A. y Boldo-León, X. (2012). "Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco", *México Salud en Tabasco*, vol. 18, núm. 3, septiembre-diciembre, 2012, pp. 87-95 Disponible en www.redalyc.org/pdf/487/48725011003.pdf, Consultado el 5 de febrero de 2016.

Murgich, V. (2014). "Food Marketing", *Merca 2.0*, (139), p. 149. Disponible en https://www.facebook.com/RevistaMerca2.0/posts/10151895081011746, Consultada el 5 de febrero de 2016.

Mussini, M. y Temporelli, K.L. (2013). "Obesidad: un desafío para las políticas públicas", *Estudios Sociales*, 21, 165-184. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100007

OCDE (2012). "Obesity Update 2012". Disponible en www.oecd.org/dataoecd/1/61/49716427.pdf

OMS (2015). "Nutrición", Disponible en http://www.who.int/nutrition/about_us/es/

OPS (2014). "Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia". Disponible en http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/09/Plan-de-Accion-para-la-Prevencion-de-la-Obesidad-en-la-Ninez-y-la-Adolescencia.pdf

_____ (2014). "Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas". Disponible en

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28899&lang=es

Rodríguez, Y. (12 de agosto de 2010). "Gastan niños mexicanos más de 19 mil mdp en comida chatarra. (Wradio) México". Disponible en http://www.wradio.com.mx/noticias/actualidad/gastan-ninos-mexicanos-mas-de-19-mil-mdp-en-comida-chatarra/20100812/nota/1340509.aspx, consultado el 19 de abril de 2015

Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2004). "Por qué comemos lo que comemos: determinantes socioeconómicos de la elección de alimentos". *Boletín del consejo europeo de información de la salud*. Disponible en http://www.eufic.org/jarticle/es/artid/determinantes-socioeconomicos-eleccion-alimentos/

Sánchez, V. (2014). "El éxito de las promociones infantiles", *Merca 2.0*, (12), p. 38.

tns Global (2013). "Kids Study. tns Global". Disponible en http://www.tns-ri.com.mx/sites/default/pdf/KidsStudy_tns2013V.pdf

unicef México. (2004). "Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes". Disponible en http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_ley_nacional.pdf

_____ (2012). "Salud y nutrición". Disponible en http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm

Vargas, C. (2001). "Publicidad: ¿buscando culpables al problema de obesidad infantil?. Cuestión de Ética". Disponible en https://cuestiondeetica.wordpress.com/2011/05/12/obesidad%C2%BFel-culpable-es-la-publicidad/

Velasco, A., L. Tolentino-Mayo, F.L. Théodore y S. Barquera (2014). "Assessment of television exposure in school age children from public primary schools in México", Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en http://www.insp.mx/epppo/blog/3590-presentan-investigacion-ow.html.

Velásquez, G. R. (2009). "Hacia una nueva definición del concepto 'política pública'", *Desafíos*, 20 (149-187). Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359633165006

Representaciones sociales de las relaciones sexuales en adolescentes: aproximaciones teóricas

Norma Georgina Martell Martínez, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa
Georgina Contreras Landgrave, Esteban Jaime Camacho Ruiz

Introducción

Al referirse al estado de arte sobre sexualidad en la etapa adolescente es conveniente identificar los factores que han incrementado los estudios sobre el tema. Las investigaciones al respecto, desde un enfoque de las ciencias sociales, se han ampliado desde la década de los setenta, a partir de las publicaciones sobre sexualidad de Foucault, que planteó un enfoque histórico, que rechaza las concepciones tradicionales de la misma y enfatiza las consecuencias fisiológicas e instintivas. Posteriormente, tres temáticas cobraron relevancia, a saber: *a)* los estudios de género, que en la misma época buscaban deconstruir el carácter natural atribuido a las diferencias entre hombres y mujeres, *b)* el uso de la píldora anticonceptiva separando la sexualidad de la reproducción y, por último, *c)* el surgimiento de la epidemia del VIH-SIDA amplió el interés por el estudio de los comportamientos sexuales.

El tema de la sexualidad ha sido abordado desde diferentes disciplinas científicas, teniendo en cuenta su dimensión esencial de la vida humana y su fuente permanente de comunicación, afecto y satisfacción que influye de manera distinta en el modo y estado de salud de cada persona.

En el caso de los adolescentes, a nivel mundial surge una preocupación sobre la salud sexual y reproductiva. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituye una prioridad en salud pública a nivel nacional e internacional. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que el 18 por ciento de la población mundial se encontraba en esta edad y el 19 por ciento de las adolescentes han tenido un embarazo antes de los 18 años de edad (Gobierno de la República, 2014).

En el presente trabajo, se realizó un análisis de investigaciones publicadas en los últimos cinco años, en las siguientes bases de datos: Elsevier, EBSCO, Springerlink y Proquest, además, se rastrearon publicaciones relacionadas con el tema de este estudio, identificadas en las referencias de trabajos seleccionados en la búsqueda electrónica, definiendo como criterio incluir exclusivamente investigaciones en ciencias sociales, debido a que el tema de sexualidad es estudiado y abordado por diversas disciplinas. Se realizó una clasificación de los hallazgos encontrados por factores y seleccionando los más representativos para describir las formas como se ha abordado, se incluye un apartado de la teoría de las representaciones sociales, terminando con las conclusiones.

Teoría de las representaciones sociales

Una vertiente teórica que ha tenido ganancia en las investigaciones actuales es la de las representaciones sociales, siendo Moscovici y Jodelet los autores más citados. Las representaciones sociales son imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, dar sentido a lo inesperado, se establecen categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver. En este sentido, la noción de representación social nos ubica en el punto donde se interceptan lo individual y lo social, de tal forma que los individuos aprendemos de los acontecimientos en la vida diaria y de la información que circula alrededor de ellos. De este modo, este conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido (Moscovici, 1976).

Los procesos sociocognitivos que se presentan son la objetivación y el anclaje que funcionan para transformar algo que no es familiar en algo conocido y familiar de tal manera que nos sirven para poder guiar, interpretar y justificar nuestro comportamiento (Alvaro, 2003).

Moscovici señala en el concepto de las representaciones sociales al contexto familiar sobre los demás y considera que los agentes socializadores que proceden tanto de la sociedad global como de los grupos primarios (familia, grupo de iguales) y secundarios (medios de comunicación, etcétera) mantienen una interrelación y actúan sobre el individuo para transmitir e inculcar las pautas sociales y culturales vigentes en la sociedad y grupos a los que pertenece. Sin embargo, la familia como contexto de interacción social y estructural

socializador, resalta su importancia como primer contexto de interacción del niño para su desarrollo social (Moscovici, 1976). Razones por las cuales se considera importante entender los fenómenos psicosociales de una manera holística, logrando una comprensión de los significados que tienen los adolescentes sobre su sexualidad, entendiendo que las valoraciones que tienden a ser compartidas socialmente, contribuyen a una identidad social de los individuos, la cual puede ser reforzada a partir de una representación social (Moscovici, 1976). Éstas a su vez mantienen estructuras de pensamiento compartidas orientadas hacia una normalización en las conductas sexuales de los adolescentes.

Condiciones socioeconómicas y su impacto en la salud sexual de los adolescentes

Un aspecto a considerar es el contexto sociocultural y económico de los adolescentes, debido a la problemática de salud reproductiva que están presentando. Tal como se muestra en el trabajo de Gómez y Montoya (2014: 394), el cual tiene como objetivo establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del área urbana en el municipio de Briceño. Con el propósito de obtener información para la formulación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva, se aplicó una encuesta dirigida a buscar información sobre factores sociales, demográficos, familiares y económicos. El estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares, están asociados con el embarazo en adolescentes en Medellín, Colombia.

En otro trabajo, Silva, Monteiro, De Lima, Cavalcanti, Neto y de Aquino (2015) plantean una propuesta de investigación cuyo objetivo fue conocer las políticas públicas de promoción de la salud del adolescente en las escuelas propuestas y desarrolladas bajo la responsabilidad de los gestores de educación y salud en el municipio de Recife-PE. Investigación cualitativa del tipo exploratoria-descriptiva, reflexiona sobre la vulnerabilidad social que está directamente asociada a la estructura económica de políticas públicas destacando las de educación y salud, siendo los adolescentes un grupo vulnerable que enfrenta

problemas y riesgos de salud, ya sea en las dimensiones individuales, sociales o institucionales. Concluyendo que el estudio, a través de sus resultados y discusiones sobre la realidad de las políticas públicas dirigidas a la atención a la salud del adolescente, en especial el programa salud en la escuela, proporciona ayudas para una reflexión crítica sobre las limitaciones administrativas en la ejecución y efectividad de las políticas intersectoriales.

Funcionamiento familiar y su relación con el desarrollo de conductas de riesgo

En este apartado se reconoce el papel de las estructuras sociales en la construcción, valoración y la promoción de habilidades para la comunicación en torno a la sexualidad. Asimismo, Sevilla y Orcasita (2014: 191-205) muestran resultados sobre la caracterización de conocimientos, actitudes y práctica presentes en los procesos de formación en sexualidad de padres a hijos/as adolescentes en Cali. Se abordó el fenómeno haciendo hincapié en las prácticas, las temáticas y los recursos utilizados por los padres, perspectiva tradicionalmente menos tratada que la de los jóvenes. Se asume que a estos procesos subyacen valores e imaginarios sociales que trascienden la presencia de conocimientos sobre el tema e involucran las dinámicas históricas de construcción sociocultural. Se desarrollaron dos componentes metodológicos centrales: uno cuantitativo y uno cualitativo, el primero exploró a través de encuestas, las dinámicas de interacción familiar, características del proceso de comunicación, conocimientos y creencias en torno a la sexualidad, fuentes de consulta, recursos y dificultades. El componente cualitativo retomó la necesidad de generar miradas amplias y profundas que superaran la simple caracterización y evaluación de las prácticas de comunicación en sexualidad por medio de grupos focales. Los resultados señalaron la influencia de las construcciones sociales de la sexualidad y una clara dificultad de los padres para abordar el tema, mantenerse actualizados y superar sus propias experiencias. Afirman que deben generarse espacios de acercamiento entre las entidades educativas y de salud, las familias y los docentes para generar procesos coherentes en la valoración, abordaje y formación en sexualidad.

Con relación al estudio anterior, Atienzo, Campero, Estrada, Rouse y Walker (2011) realizaron una investigación para conocer los efectos de inter-

venciones educativas que incorporan a padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. Evaluaron 15 programas y encontraron un aumento en las intenciones de retrasar las relaciones sexuales y de usar anticonceptivos, reducción en el autorreporte de relaciones sexuales e incremento en el uso de condón. También se encontraron resultados positivos en factores individuales protectores, como conocimientos y actitudes; y en factores familiares como comunicación padres e hijos, percepción de reglas, monitoreo y supervisión de los padres y apoyo familiar. Así pues, las intervenciones educativas que incluyen a padres de familia que favorecen comportamientos sexuales saludables en los adolescentes. La participación de los padres es un elemento que puede ser incluido en cualquier intervención para adolescentes.

Resulta interesante ver que la percepción está alejada de la realidad a pesar de las condiciones de riesgo en la salud en un embarazo adolescente de acuerdo con la información provista por Morales (2012) al presentar el grado de salud familiar para familias con algún adolescente gestante. En un estudio descriptivo transversal comparativo, con abordaje cuantitativo donde se evaluó el grado de salud familiar a 100 familias atendidas en dos instituciones prestadoras de salud (IPS) en Bogotá, Colombia. Las familias se organizaron en dos grupos, la mitad de ellas con adolescentes gestantes que presentaron morbilidad en el tercer trimestre del embarazo y la otra mitad que no presentaron morbilidad. El grado de salud familiar percibido por las adolescentes gestantes que presentaron alguna patología en el tercer trimestre de su gestación mostró que 80 por ciento se consideraron saludables y altamente saludables y 90 por ciento satisfechas y altamente satisfechas. Los resultados mostraron que las familias no perciben el riesgo de sufrir o no una patología durante el embarazo, lo cual no excluye que un embarazo durante la adolescencia expone a la adolescente gestante y a su familia a riesgos biológicos, físicos, sociales, económicos, culturales y jurídicos, entre otros.

Conductas sexuales en los adolescentes

Varios de los trabajos revisados en la línea de los estudios sobre conocimientos y prácticas proveen información que los adolescentes tienen acerca de la sexualidad y la reproducción, como lo es el caso de Barceló y Navarro (2013) teniendo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de

los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla, Colombia. El estudio es descriptivo transversal en adolescentes que estudian el bachillerato recolectando datos por medio de encuestas. Concluye que existe un déficit grande en el proceso de educación, que se refleja en los resultados, lo que implica hacer ajustes en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva ofrecidos por el ente territorial a través de sus secretarías de Salud y Educación de Barranquilla. De igual manera, se detectan inconsistencias entre el grado de conocimiento con las actitudes y prácticas de los adolescentes, lo cual incide negativamente en el desarrollo de su sexualidad.

En una línea similar Silva-Fhon, Andrade-Iraola, Palacios-Vallejos, Rojas-Huayta y Mendonca-Júnior (2014) en un programa de un hospital público, en el trabajo *Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres* se plantearon como objetivo determinar el nivel de conocimiento y comportamiento de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con 286 adolescentes mujeres entre 12 y 19 años, atendidas en el Programa de Adolescentes de un hospital público. Para los riesgos sobre infecciones de transmisión sexual (ITS). Los resultados mostraron que de las participantes predominaron aquellas entre 14 y 16 años, solteras y con estudios secundarios en relación con el conocimiento, predominó el nivel regular. Se observó que más de la mitad conocen los síntomas de las ITS y una proporción similar usa preservativo. No se observó correlación entre los niveles de conocimientos y las variables sociodemográficas. Se sugiere la necesidad de reforzar y evaluar el Programa de Adolescentes creando una interiorización y concientización de las usuarias para que mantengan una adecuada salud reproductiva.

Morales, Arboleda y Segura (2014) realizaron un estudio que buscó determinar las prácticas sexuales de riesgo para la infección por VIH con los estudiantes de la Fundación Universitaria Luis Amigó (FUNLAM) en la ciudad de Medellín. Estudio descriptivo transversal con una muestra representativa de 680 estudiantes. Se aplicó una encuesta con 65 preguntas cualitativas y cuantitativas formuladas en coherencia con variables sociodemográficas y prácticas sexuales de riesgo a la infección por VIH. Se determinó que la realización de prácticas sexuales en los últimos seis meses depende del sexo o la edad, más que de otras variables sociodemográficas, lo cual evidencia la necesidad de

hacer un trabajo con poblaciones jóvenes de ambos sexos no solo universitarios, para que desde la salud pública se diseñen acciones que vayan en la dirección de la prevención y la promoción para minimizar los riesgos de infección al VIH por vía sexual.

Factores psicosociales y su impacto en la salud sexual de los adolescentes

La problemática de salud reproductiva que están presentando los adolescentes se ha asociado a un sinfín de problemas familiares, individuales y sociales, como Soriano-Ayala, González-Jiménez y Soriano-Ferrer (2014) mencionan en el trabajo *Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto*, en donde se analizó cómo es la sexualidad de los adolescentes españoles e inmigrantes para orientar nuevos programas de educación sexual. Este estudio cualitativo se diseñó utilizando los principios asociados a una etnografía localizada. Para el análisis de los datos se identificó un sistema de categorías situado dentro del paradigma interpretativo apropiado para un estudio de esta naturaleza, es decir, centrarse en el problema y el contexto específico, así como en las vivencias, creencias y sentimientos de los adolescentes. Los datos se recogieron a través de entrevistas en profundidad. Las preguntas versan sobre sentimientos, dilemas y resolución de situaciones problemáticas. Los principales resultados son: la forma de vivir la sexualidad está relacionada con el género y el grupo étnico-cultural. Se requiere plantear una educación sexual entendida como educación para la salud sexual en la que además de los fundamentos biológicos y de prevención, se logre incidir y potenciar la educación de las emociones, sentimientos, actitudes y conductas responsables, en definitiva, una educación integral. En esta investigación, se destaca dejar en segundo plano el enfoque biológico de la sexualidad centrándose en conocer los sentimientos, posturas, actitudes y conocimientos relacionados con aspectos de la sexualidad que tienen los adolescentes españoles e hijos de familias inmigrantes evidenciando la necesidad de entender los sentimientos, actitudes y conocimientos acerca de su sexualidad.

Chávez y Álvarez (2013) evidencian la importancia de conocer el grado de influencia que ejercen los agentes socializadores, como lo son la escuela y los grupos de pares en el comportamiento sexual de los adolescentes. En el estudio aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual de los

jóvenes, teniendo por objetivo detectar las opiniones de jóvenes sobre aspectos del contexto que influyen en su comportamiento sexual. El instrumento utilizado registra las opiniones acerca de la familia, escuela, pares, lugares y aspectos sexuales. Se ha evidenciado a través del estudio que las respuestas muestran diferencias significativas por sexo en cuanto a la percepción de la influencia de la información del padre sobre las mujeres y la recibida en la secundaria. Se reporta una influencia mayor de los pares, así como de los medios de comunicación masiva y otras variables. Se recomienda reforzar el papel de los maestros en la formación sexual, analizar la influencia del padre sobre las mujeres y revisar los contenidos en medios de comunicación.

Se muestra un interés por los factores sociales y culturales intervinientes en las construcciones del embarazo adolescente como lo expresa Marín (2011) en Adolescentes y maternidad en el cine: *Juno*, *Precious* y *The Greatest*. Se describe que en la actualidad son muchas las adolescentes en España que tienen embarazos no deseados. La ampliación de la Ley del Aborto, así como la aprobación de la venta de la píldora del día después sin receta, han localizado la atención en las jóvenes menores de 18 años. La maternidad, los embarazos no deseados y las alternativas ante éstos son variables a las que las adolescentes se enfrentan en el mundo real y sobre las cuales los filmes construyen sus propios discursos coincidentes o no con la realidad social. En las pantallas de cine ciertas películas tratan bajo diferentes prismas el tema del embarazo adolescente. Estos textos audiovisuales inciden de manera directa en la reproducción y creación de modelos, actitudes y valores. Su influencia en la juventud es constatable y suponen una referencia junto con la familia y la escuela a la hora de adoptar determinados patrones de comportamiento e interiorizar arquetipos socialmente admitidos. Este trabajo examina dichos filmes utilizando las herramientas, tanto del lenguaje audiovisual como del análisis textual, atendiendo a una perspectiva de género. A través del análisis se determina qué visiones de la maternidad y el sexo en la adolescencia se construyen y cuáles son las estrategias de producción de sentido utilizadas. Los resultados muestran cómo los modelos y estereotipos tradicionales perviven bajo la apariencia de discursos audiovisuales renovados y alternativos.

Para finalizar este rubro de factores psicosociales y su impacto en la salud sexual de los adolescentes, se expone la investigación de González *et al*. (2012), llamada *Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente*

escolar urbana y rural colombiana. Esta investigación tiene el objetivo de estimar los factores intervinientes para el embarazo en población adolescente escolarizada, siendo un estudio observacional de corte transversal con 7,068 jóvenes escolarizados entre 11 y 20 años de edad de 14 colegios públicos de Bogotá y municipios aledaños. Se aplicó encuesta autodiligenciada que indaga factores sociodemográficos, familiares, sentimentales y conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad. No se encontraron como factores de riesgo la autoestima, la relación con padres y la percepción de futuro. Así pues, el embarazo en adolescentes parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, que propia de adolescentes con problemas.

El género como eje fundamental para la salud sexual en la adolescencia

Profundizar en los significados con respecto a los estereotipos tradicionales del comportamiento sexual de varones y mujeres sería un interesante camino de indagación para avanzar en el conocimiento de la temática que nos ocupa. En el trabajo de Bahamón, Pinzón y Tobos (2014) *Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género*, se da lugar a un diálogo reflexivo que sugiere el reconocimiento de las relaciones de poder constituidas social e históricamente, su impacto en la realidad social y las relaciones entre hombres y mujeres contemporáneos. Se exponen argumentos que reflejan significados atribuidos a la feminidad, la masculinidad, el cuerpo y la sexualidad. Evidenciando la necesidad de replantear los programas de intervención que promuevan la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Por su parte, Barbón (2011) analiza los factores sociales y culturales que inciden en el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes. En algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescentes, se propone presentar los principales riesgos que se derivan del embarazo adolescente y que afectan al sexo femenino, creando desigualdades entre las y los adolescentes involucrados en un embarazo a esta temprana edad. Evidencia la necesidad de que la comunicación intervenga como mediadora desde la perspectiva del proceso de construcción social que diferencia a los hombres y las mujeres, dictando sus relaciones con el poder y los recursos. Barbón concluyó que es necesario el uso consciente de

la comunicación educativa en la enseñanza y el aprendizaje de la igualdad de deberes y derechos de la mujer y el hombre desde las edades más tempranas como parte de su educación para la sexualidad que ha de tener un efecto preventivo en la aparición de embarazos adolescentes.

Representaciones sociales de las relaciones sexuales en adolescentes

Partiendo de este concepto en Sánchez, Gutiérrez, Herrera, Ballesteros e Izzedin (2011) en *Representaciones sociales del noviazgo, en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá*, el noviazgo es parte del proyecto de vida centrado en independencia de la familia, éxito laboral y conformación de familia en la vida adulta. El noviazgo no es prioritario y constituye una experiencia de aprendizaje afectivo. La sexualidad coital es concebida como una posibilidad postergable dados los riesgos de embarazo. Este trabajo muestra elementos relacionados con el contexto y la importancia de la dimensión afectiva de las relaciones amorosas románticas con gran significado, propicio para el inicio de su actividad sexual coital.

De la misma forma, Estupiñán, Amaya y Rojas (2012) se proponen interpretar las representaciones sociales de estudiantes de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia frente al uso de la abstinencia sexual y el condón como referentes estratégicos en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado con enfoque cualitativo. Se aplicaron grupos focales y cartas asociativas, los resultados muestran que las representaciones sociales que se tienen respecto al condón son que se reconoce como buen método de prevención sin ser 100 por ciento seguro, útil en el cuidado de la salud, aunque en algunos casos genera incomodidad e insatisfacción; relacionan su uso con desconfianza en la pareja y promiscuidad. La abstinencia sexual se identifica como un método de prevención 100 por ciento seguro y efectivo, permite planificar, ayuda al cuidado del cuerpo y el de los demás, preserva los intereses personales a futuro y protege la salud, sin embargo, es difícil de implementar en la sociedad actual. En definitiva, se concluye que los valores, las creencias, las cuestiones morales y religiosas influyen en la decisión de prevención y protección de cada persona más allá de la información que se tenga.

También, Jones y Furman (2011), en *Representaciones de las relaciones sentimentales, románticas, la experiencia y el comportamiento sexual en la adolescencia* buscan asociaciones entre puntos de vista románticos y comportamiento sexual examinando una muestra comunitaria de 200 adolescentes. Se encontró que la ansiedad está relacionada con comportamiento sexual más frecuente y comportamientos más arriesgados. La adolescencia es un periodo en el que la actividad sexual frecuentemente inicia. Es particularmente importante examinar el comportamiento sexual y las relaciones sentimentales en la adolescencia debido a las múltiples secuelas de esta etapa reproductiva y decisiones de salud para los adolescentes y sus familias.

Para finalizar este apartado tenemos a Gómez, Gutiérrez, Izzedin, Sánchez, Herrera y Ballesteros (2012) en *Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes que están cursando su primer embarazo y en adolescentes con más de un embarazo en Bogotá*. Investigación cualitativa interpretativa. Propusieron métodos de recolección de información utilizando red de asociaciones, entrevista en profundidad y la observación participante. Se utilizó la triangulación metodológica individual y por grupo de participantes. Definitivamente, el estudio muestra que no es por ignorancia o falta de información que las adolescentes se embarazan. El embarazo adolescente es un fenómeno complejo y la prevención del mismo debería centrarse en las construcciones de los sujetos hacia los cuales se dirigen las intervenciones puntuales.

Por su parte, las políticas públicas en Bogotá apuntan a disminuir el embarazo adolescente mediante campañas de prevención, sin embargo por la magnitud del mismo se puede ver que, al menos, una parte de la población adolescente (de estrato bajo) no ve el embarazo como un problema de salud pública. En ellas se propone como necesario que se reflexione de manera crítica y se busque esclarecer los significados que tiene el embarazo para los distintos estratos socioeconómicos y para ciertas culturas. Asimismo, reconocer la maternidad adolescente como un derecho reproductivo y que los Estados estén en capacidad de suministrar a la población adolescente que opta por tener hijos todo lo necesario para una buena calidad de vida (vivienda, trabajo, estudios, etcétera).

Conclusiones

Las estadísticas con relación al tema coinciden que a nivel mundial surge una preocupación sobre la salud sexual y reproductiva que de acuerdo con la OMS constituye una prioridad en salud pública a nivel nacional e internacional.

Los resultados de los análisis de las investigaciones sobre población adolescente identificados en la presente búsqueda, muestran que la mayor parte de los estudios utilizan la encuesta como fuente primaria de información. En algunas se complementa con técnicas cualitativas, entrevistas semiestructuradas a profundidad y red de asociaciones. Las poblaciones estudiadas son generalmente adolescentes escolarizados de ambos sexos o usuarios de servicios públicos de salud, en su mayoría mujeres. Los principales referentes de este tema de estudio son: edad al inicio de relaciones sexuales, funcionamiento familiar, motivación para la iniciación sexual, utilización de métodos anticonceptivos y prevención, enfermedades de transmisión sexual, conocimientos sobre el cuerpo, la reproducción, el placer, el género, etcétera. Algunos autores realizan comparaciones entre los conocimientos y actitudes según variables tales como sexo, de edad, factor social y tipo de escuela en el caso de la población escolarizada.

Las investigaciones descritas anteriormente nos permiten identificar los principales objetivos en la producción, las sugerencias de líneas de trabajo a futuro y asimismo vislumbrar, lo que hace falta para alcanzar una comprensión integral de la problemática para impulsar conjuntamente las transformaciones que los estudios señalan como prioritarias. Puede observarse que en algunos trabajos mencionados se ha tratado de explicar las prácticas sexuales de los adolescentes dando especial énfasis, a los ámbitos personales, familiares y socioeconómicos, pero poco se ha atendido la comprensión de los significados que tienen los adolescentes sobre su sexualidad mediante la teoría de las representaciones sociales y, a su vez, éstas representaciones o símbolos orientan su conducta en la práctica de su sexualidad.

Diversos estudios de la OMS han mostrado que los adolescentes están iniciando actividad sexual cada vez más temprano lo que constituye un problema de salud por las múltiples consecuencias para los propios jóvenes, su familia y la sociedad. Lamentablemente el estudio de este tema no ha recibido la atención requerida por las instituciones de salud y no cuenta con infor-

mación suficiente que permita explicar este comportamiento, por lo que se considera fundamental comprender los significados que tienen los adolescentes de las relaciones sexuales a través de la teoría de las representaciones sociales que pueden ser retomados por la sociología de la salud mediante argumentos orientados a la explicación del comportamiento social de los individuos donde, en algunos casos, pueden ser desafiantes a las estructuras sociales, inclusive con conductas de riesgo, para tener elementos que ayuden a diseñar programas preventivos de salud sexual y reproductiva de los jóvenes desde un modelo integrador al considerar las interrelaciones de las causas y fundamentar políticas de salud y acciones que garanticen una menor vulnerabilidad en los adolescentes.

Del análisis de los hallazgos, se determinó que las conductas sexuales de riesgo que presentan los adolescentes están asociadas a la falta de comunicación familiar en cuanto al tema y la influencia de la escuela, el grupo de pares y los medios de comunicación ya que actúan sobre el individuo transmitiendo pautas sociales y culturales vigentes en la sociedad. Planteando como solución un acercamiento entre las entidades educativas, salud y las familias para generar procesos coherentes en la valoración, abordaje y formación en sexualidad.

Fuentes consultadas

Alvaro, E. J. L., y A. Garrido (2003). *Psicología social: Perspectivas psicológicas y sociológicas*, Madrid, McGraw-Hill, pp. 396-404.

Atienzo, E. E., L. Campero, F. Estrada, C. Rouse y D. Walker (2011). "Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes", *Salud Pública de México*, 53(2), 160-171.

Bahamón Muñetón, M. J., V. Pinzón, M. Alexandra y A. R. Tobos Vergara (2014). "Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género", *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353.

Barbón Pérez, O. G. (2011). "Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente", *Ciencia y Enfermería*, 17(1), 19-25.

Barceló Martínez, R. y E. Navarro Lechuga (2013). "Conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) relacionados con su sexualidad", *Revista Salud Uninorte*, 29 (2), 298-314.

Chávez, M., y J. Álvarez (2013). "Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes", *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98.

Estupiñán-Aponte, M. R., L. C. Amaya-Estupiñán e Y. A. Rojas-Jiménez (2012). "Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención", *Revista de Salud Pública*, 14(3), 491-501.

Gobierno de la República. (2014). "Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)", ISSSTE. Disponible en http://www2.issste.gob.mx:8080/images/downloads /home/ENAPEA.pdf. (Consultado el 04 de septiembre de 2015).

Gómez-Mercado, C. A. y L. P. Montoya-Vélez (2014). "Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012", *Revista de Salud Pública*, 16(3), 394-406.

Gómez-Sotelo, Á., M. E. Gutiérrez-Malaver, R. Izzedin-Bouquet, L. M. Sánchez-Martínez, N. E. Herrera-Medina y M. Ballesteros-Cabrera (2012). "Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá", *Revista de Salud Pública*, 14(2), 189-199.

González-Quiñones, J. C., J. P. Salamanca-Preciado, R. M. Quiroz-Rivera, Á. M., Hernández-Pardo, A. D. Hernández-Rojas y B. Quesada-Núñez (2012). "Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana", *Revista de Salud Pública*, 14(3), 404-416.

Herrera, C. (2011). Reseña de "Teoría social y salud" de Castro R. Salud Pública de México, 53(2) 197-199.

Jones, M. C. y W. Furman (2011). "Representations of romantic relationships, romantic experience, and sexual behavior in adolescence", *Personal Relationships*, 18(1), 144-164.

Marín-Murillo, F. (2011). "Adolescentes y maternidad en el cine: «Juno», «Precious» y «The Greatest»", *Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación*, 18(36), 115-122.

Morales, M. C. V. (2012). "Salud familiar en familias con adolescente gestante", *Avances en Enfermería*, 30(1).

Morales-Mesa, S. A., O. L. Arboleda-Álvarez y Á. M. Segura-Cardona (2014). "Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria", *Revista de Salud Pública*, 16(1), 27-39.

Moscovici, S. (1976). *Psicología Social*, tomo II. México, Paidós Mexicana.

Sánchez, L., M. E. Gutiérrez, N. Herrera, M. Ballesteros, R. Izzedin y Á. Gómez (2011). "Representaciones sociales del noviazgo, en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá", *Revista de Salud Pública*, 13(1), 79-88.

Sevilla, T. M. y Orcasita, L. T. (2014). "Hablando de sexualidad: una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/as adolescentes en estratos populares de Cali", *Avances en Enfermería*, 32(2).

Silva, A. R. S., E. M. L. M. Monteiro, L. S. de Lima, A. M. T. D. S. Cavalcanti, W. B. Neto y J. M. de Aquino (2015). "Políticas públicas en la promoción de la salud del adolescente en la escuela: concepción de los gestores", *Enfermería Global*, 14(37), 250-267.

Silva-Fhon, J., K. Andrade-Iraola, E. Palacios-Vallejos, V. Rojas-Huayta y J. Mendonça-Júnior (2014). "Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres", *Enfermería Universitaria*, 11(4), 139-144.

Soriano-Ayala, E., A. J. González-Jiménez y M. Soriano-Ferrer (2014). "Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto: un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes", *Perfiles Educativos*, 36(144), 105-119.

La conducta sexual de los jóvenes: un problema de salud pública

Griselda Vega Cruz, Juan Manuel Sánchez Soto
María de los Ángeles Maya Martínez, Ana Isabel Barco González

Introducción

El inicio de la vida sexual a temprana edad puede ser un proceso fundamental para una vida afectiva y sexual plena, en la mayoría de las culturas es un evento importante para el individuo, sin embargo en la actualidad el desconocimiento del tema puede traer como consecuencia embarazos no planeados y/o infecciones de trasmisión sexual (ITS), lo que resulta contraproducente debido a que estas eventualidades pueden retrasar o impedir el desarrollo profesional, tan importante en la época actual; además desde la perspectiva biopsicosocial, la población más afectada es la femenina.

Actualmente, la sociedad vive un dinamismo complejo a nivel mundial y ello ha condicionado un gran número de transformaciones que exigen asumir una visión futurista, creativa e innovadora, asumiendo un mayor compromiso y responsabilidad en todas las acciones que se realizan, para lo cual, son necesarios profundos cambios en los paradigmas que han sido establecidos por las sociedades a lo largo del tiempo en los diferentes entornos histórico-sociales; sin embargo, pasar la brecha del cambio no es fácil ya que se requiere que las personas asuman compromisos que deben cumplir de manera casi inmediata para lograr cierta transformación social, por lo que el reto individual en primer plano es buscar las mejores alternativas que susciten u originen mejores condiciones de vida y convivencia social que en el corto plazo den resultados positivos para el núcleo social al cual se pertenece y a largo plazo transformen a la sociedad en general.

Es necesario que en los paradigmas que han prevalecido en el mundo y particularmente en la mexicana haya una metamorfosis que lleve a una con-

vivencia social de equidad y donde el individuo pueda elegir con acuerdo con su preferencia y conocimiento su desarrollo pero al mismo tiempo responsabilizarse de su sexualidad.

Se debe asumir el compromiso de llevar a cabo acciones específicas de educación a los diferentes grupos de edad y hacer énfasis en los grupos vulnerables. Una alternativa desde el ámbito gubernamental ha establecido la inclusión en los programas de estudio del nivel básico, temas referentes al área biológica de la sexualidad, en donde se da a conocer los aspectos anatómicos y fisiológicos de los aparatos reproductores masculino y femenino, sin embargo deja de lado el área psicológica y de valores. La consecuencia de este abordaje es el conocimiento parcial que propicia conductas poco responsables que están repercutiendo en el incremento de embarazos en adolescentes y el aumento en la prevalencia de ITS con las consecuencias sociales que éstos traen.

Biología de la sexualidad

El tema de sexualidad se torna complejo debido a las diversas percepciones y concepciones que se tienen sobre el tema, en primera instancia se debe considerar que el individuo es un ser social y por tanto tienen relaciones interpersonales y afectivas cuya finalidad es el pleno-desarrollo biopsicosocial.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) la sexualidad se conceptualiza como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, que abarca al sexo, las identidades y papeles de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

Considerando el concepto y biológicamente hablando, el ser humano es un ser sexuado desde su concepción, aspecto que se complementa con los estímulos que percibe a través del contacto físico con la madre y a partir de ello se desencadena una gran cascada de compuestos bioquímicos que van a lograr las grandes transformaciones en todo el ciclo de vida. Al pasar los primeros años de crecimiento, el individuo llega a una etapa que es conocida como adolescencia que la OMS establece de los 10 a los 19 años en donde existe una gran variedad de cambios anatómicos, fisiológicos, mentales, afectivos y sociales. En esta etapa, las personas son más independientes respecto a la familia, las instituciones, la moral y tratan de independizarse de la influencia de la familia tradicional.

Un cambio importante en esta etapa de la vida es la funcionalidad plena de los aparatos reproductores masculino y femenino caracterizados por la producción de hormonas sexuales que condicionan los procesos de la respuesta sexual humana que básicamente inicia los ciclos de fertilidad y el apetito sexual (libido) en los adolescentes (Carballo, 2002).

Para ello y en primera instancia es importante conocer cómo están conformados los aparatos reproductores masculino y femenino, cabe destacar que se dividen en órganos internos y externos.

En la mujer los órganos internos se encuentran en la pelvis, éstos son ovarios, trompas de Falopio, útero o matriz y vagina. La función principal de los ovarios es la producción de óvulos y la secreción de estrógenos y progesterona. Los estrógenos se conocen como las hormonas del crecimiento pues son encargadas del desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias, por otra parte contribuyen para que el endometrio se engruese durante la primera mitad del ciclo ovárico. La progesterona se encarga de los cambios progestacionales del endometrio, estimula el desarrollo de los óvulos complementando de esta manera la función de los estrógenos además se encargan de la elevación de la temperatura basal durante la ovulación (Carballo, 2002).

Las trompas de Falopio, son conductos que comunican a los ovarios con el útero, su función es recibir al óvulo cuando emerge del ovario llevándolo al útero, cuando existe fecundación, ésta se lleva a cabo en el tercio medio de los conductos (Parrondo, 2008). El útero se encuentra alojado en la pelvis, éste se describe como un órgano musculoso que por su tamaño protege al óvulo fecundado; está constituido por tres capas: la externa es una capa serosa, la media está formada por tejido muscular y recibe el nombre de miometrio y la interna conocida como endometrio es de tipo glandular.

El endometrio experimenta diversos cambios que se observan en cada ciclo menstrual, ya que en la primera mitad del ciclo se presenta el crecimiento glandular (fase proliferativa) y en la segunda mitad del ciclo se torna secretor con el objetivo de propiciar la nidación del óvulo fecundado, de no haber fecundación el óvulo degenera y el endometrio termina por desprenderse y salir al exterior en forma de sangrado menstrual; este ciclo aunado al ciclo ovárico permite la conservación del individuo como especie. Los cambios endometriales se sucintan de forma paralela al ciclo ovárico debido a la influencia de las hormonas que produce el folículo ovárico y el cuerpo lúteo (Matorra, 2008).

Para enfatizar lo antes mencionado Zanin *et al.* (2012) indican que el ciclo endometrial se divide en tres fases:

- Fase proliferativa: es en donde, debido a los estrógenos, se origina la proliferación de la capa mucosa, el aumento de su espesor y la vascularización se extiende, al iniciarse la ovulación se pasa a la siguiente fase.
- Fase secretora: posterior a la ovulación se segrega progesterona y estrógenos, la primera hace que el endometrio aumente su espesor elabora sustancias nutritivas, la segunda es la responsable del deseo sexual y del aumento de la líbido, moldea el cuerpo de la mujer administrando la repartición de grasa.
- Fase menstrual: en esta fase la vascularización se contrae, la aportación sanguínea al endometrio se reduce favoreciendo la desintegración, permitiendo la descamación y la expulsión a través del sangrado.

Finalmente, la vagina es una estructura tubular, se extiende desde el vestíbulo de la vulva hasta el cuello uterino, en la unión con el exocérvix forma un canal circular alrededor del cuello denominada domo vaginal, es el órgano femenino de la copulación, su función es secretar el líquido menstrual y es el canal del parto (Reiriz, 2015).

Respecto a los órganos externos, a pesar de que se consideran complejos no dejan de tener una gran sensibilidad, conjuntamente son conocidos como vulva, se encuentra delimitada por el monte de venus y se compone de los labios mayores, labios menores, el clítoris y la entrada vaginal. Debajo del clítoris se encuentra posicionada la uretra, envuelta por los labios mayores y los labios menores, la función de la uretra es permitir la salida de la orina, además existe una zona que comprende la entrada de la vagina y la entrada de la uretra, a ésta se le conoce como vestíbulo; ésta por la cantidad de terminaciones nerviosas se considera una zona de gran sensibilidad erógena. Dentro de la vagina se encuentran las glándulas de Bartholin, su función es segregar un líquido lubricante, lo cual facilita la penetración del pene durante la relación coital, dentro de la vagina (Carballo, 2002).

Con respecto a los órganos reproductores masculinos externa e internamente se encuentra formado por dos testículos, el escroto y el pene.

Los testículos son dos órganos localizados en el exterior de la cavidad abdominal y se alojan en las bolsas escrotales, este último tiene la función de mantener a los testículos a una temperatura ligera, inferior a la del cuerpo,

por la parte superior el testículo se contacta con el epidídimo conformado por una cabeza, cuerpo y cola, forma parte de las vías espermáticas, la cabeza del epidídimo emerge del polo superior del testículo y el cuerpo y la cola descienden adosados a la cara posterior.

El pene es un órgano eréctil, se conforma por dos partes: el cuerpo y el glande. El glande se encuentra cubierto por el prepucio que se caracteriza por ser una piel delgada flexible que se puede retraer. Dentro del pene se ubica la uretra, ésta tiene la función de secretar la orina del cuerpo y de conducir a los espermatozoides al exterior (Infante *et al.*, 2003). La descripción de los órganos sexuales masculinos y femeninos definen la particularidad que determinan al individuo, esto permite entender las estructuras biológicas que intervienen en la reproducción.

Respuesta sexual humana Master y Johnson

De acuerdo con Carballo (2002), el deseo y la respuesta sexual son impulsos que el cerebro y las glándulas endocrinas secretan al torrente sanguíneo, conllevando al mismo tiempo a la expresión sexual. La autora indica que la expresión sexual, abarca aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, de tal manera que considera al humano como al único ser que llega al placer, por medio de los estímulos que recibe a través de la vista, el tacto, el oído, el olfato e incluso de la misma imaginación.

Para Master y Johnson en 1966, la respuesta sexual humana es un proceso que consta de cuatro fases (excitación, meseta, orgasmo y resolución), sin embargo, otros autores consideran que existe una etapa que antecede la excitación, conocida como la del deseo y otros consideran que la fase de la meseta no existe, por lo tanto se pasa de la excitación al orgasmo (Montiel, s/a), durante el proceso se puede observar claramente el proceso fisiológico que existen entre el hombre y la mujer.

Durante la excitación, existen respuestas sexuales similares en el hombre y en la mujer entre las que se encuentra el ritmo cardiaco, el cual se acelera pasando de un ritmo de 70 latidos por minuto, a uno de 110 y hasta 180 la respiración, la presión sanguínea y la tensión muscular (citado en Jones, 1979).

Durante esta misma etapa, los cambios en el hombre son: erección del pene, los testículos ascienden y el escroto se engruesa, cuando existe una estimulación constante y continúa se pasa la fase de la meseta donde los testículos

y el pene se agrandan aún más, cambian de color, además se puede segregar un líquido, el ritmo cardiaco va en aumento. La fase del orgasmo se produce a partir de que la actividad sexual continúa y ésta se caracteriza por la eyaculación, además se presenta contracciones, la sensación de pérdida de control de los músculos y la contracción de los órganos sexuales (Montiel, s/a).

Respecto a la mujer, durante la excitación comúnmente los pezones se endurecen, los pechos se agrandan, el clítoris aumenta, en ocasiones hasta el triple de su tamaño, los labios mayores se aplastan y los menores crecen, proyectándose hacia afuera, existe lubricación en la vagina. Durante la segunda fase el clítoris se esconde bajo su capuchón, las glándulas de Bartholin secretan líquido y los labios menores aumenta de tamaño y cambian de color, señal de que el orgasmo es imperioso. En la vagina existen fuertes contracciones durante el orgasmo, al igual que en el útero, además de que la mujer puede o no emitir sonidos y finalmente la resolución se observa a partir de que el clítoris, los labios mayores y menores, regresan a su posición y tamaño normal al igual que la vagina. Un aspecto característico respecto a la mujer es que puede ser multiorgásmica a través de la estimulación de su pareja (Jones, 1979).

Desarrollo de la sexualidad en la sociedad

La sexualidad es una dimensión de suma importancia en el desarrollo de las sociedades; históricamente las conductas cambian de acuerdo a la época y a la cultura.

En la prehistoria la sexualidad sólo se consideraba un impulso reproductivo, con respecto a esto: Sorli (2009) menciona que la sexualidad en la antigüedad no era algo primordial debido a los cambios constantes de refugios, posteriormente con el descubrimiento de la agricultura y el sedentarismo ocupó un lugar importante en la civilización, y donde hombres y mujeres pudieron conocer el placer de reproducirse, se inicia el culto a la sexualidad de la mujer a través de una comparación con la tierra, es decir la mujer da vida y la tierra da frutos.

En la cultura egipcia la conducta sexual era monógama, sin embargo, el faraón, por poseer el título superior dentro de la sociedad, gozaba del privilegio de poseer varias esposas y concubinas, con ello conservaban su linaje (Pérez, 2006; Pujol, 2009, citados en Montejo, 2012). Indica que los hombres podían poseer una concubina siempre y cuando tuvieran el poder adquisitivo

para mantenerla. En esta época la homosexualidad también era practicada, sin embargo no era aceptada del todo debido a que con esto la descendencia era nula, cabe mencionar la sexualidad formaba parte esencial de esta cultura, pero debía estar en equilibrio, si ésta se practicaba en exceso dejaba de ser placentera y podía ser considerada como libertinaje.

Dentro de la cultura romana, la sexualidad se caracterizaba por tener conductas promiscuas y liberales; las relaciones fuera de matrimonio se consideraban normales y éste no era restricción para llevarlas a cabo, en el caso de la mujer esta disposición tenía que ver más con la posición social de esta época. El placer poseía un valor absoluto, por lo tanto la homosexualidad no era penada sin embargo, esta se regía por tener un amo y un subordinado. Para los romanos era mejor que los jóvenes poseídos por la lujuria asistieran a los prostíbulos en vez de molestar a las esposas de otros (Imperio Romano, 2015).

Posteriormente con la aparición del judaísmo y cristianismo se señalaron normas y leyes que regulaban la conducta sexual, entre ellos la prohibición del adulterio (No pecarás con la mujer de tu prójimo), la exclusión de la homosexualidad y la prohibición del incesto, además de establecer el vínculo matrimonial donde las relaciones sexuales para la mujer eran exclusivas para la descendencia. La mujer debía ser fiel de lo contrario era apedreada a comparación del hombre que podía tener a más de una esposa (Vera-Gamboa, 1998).

La Iglesia estaba muy marcada por los castigos que se imponían, por ejemplo la risa, el canto, la danza, el placer sexual y la belleza corporal no podían ser admirados, por otra parte las prácticas sexuales entre personas solteras eran consideradas como pecado mortal, por lo tanto no podían aspirar al reino de los cielos como mundanos y podían ser castigados, además la única postura permitida en esta época era la del misionero (la mujer debajo), lo cual marcaba la pasividad de la mujer (Cabanes, 2003).

Puede observarse que las conductas sexuales han sido reguladas por los gobernantes y actualmente la Iglesia. Las normas que establece el Estado tratan de limitar o inhibir las prácticas sexuales, prueba de ello es un estudio realizado en el 2010 , en el cual se menciona que los jóvenes con una religión no pueden ejercer su sexualidad de manera abierta debido a la vigilancia, el castigo y la estigmatización, esto ha permitido, en el caso contario, la actitud

que toman los jóvenes es más liberal y por ello su sexualidad se considera de riesgo (Moral, 2010).

En los últimos años de la década de los sesenta del siglo XX toman fuerza los movimientos contraculturales, destacando el movimiento *hippie* iniciado por jóvenes que aburridos del mundo "burgués" inician la búsqueda de una vida espiritual y en contacto con la naturaleza y en forma paralela crece el movimiento de "liberación femenina" que promueve igualdad de oportunidades para la mujer y el derecho a ejercer libremente su sexualidad. Ambos movimientos condicionaron una fuerte crisis en la institución "familia" la cual dejó de ser el núcleo de contención afectiva que siempre fue con el consecuente cambio de valores.

Los jóvenes del movimiento *hippie* se retiraron de la sociedad y se reunieron en comunas, consideradas como organizaciones libres y sin jerarquías en donde se pugnaba por el amor libre traducido en un rechazo a la institución "matrimonio" y una conducta sexual contraria a las imposiciones de la Iglesia y el Estado. Además, este movimiento se caracterizó por la tolerancia a la homosexualidad y bisexualidad.

Amor libre, homosexualidad y bisexualidad, trajeron como consecuencia el incremento de conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes de esa época.

Así a finales del siglo pasado se observaba que el comportamiento de los adolescentes cambió radicalmente. En este sentido, Founilloux (1999) alude que en esta etapa los chicos cambiaban con mayor frecuencia a su compañero (a) sexual a comparación de los adultos, siendo más promiscuos los varones (citado en Espada, 2003). En este sentido se conserva el estigma social donde el hombre es el único poseedor de libertad sexual y la sociedad es permisiva y tolerante respecto al número de parejas que desee tener.

En el inicio del siglo XXI, este cambio se observa que va unido al generado por la sociedad del conocimiento en donde los medios masivos de comunicación, las nuevas tecnologías de la información y comunicación rebasan a la educación formal y familiar y ponen al alcance de todos, incluyendo a los adolescentes, estereotipos e información científica o no sobre temas de sexualidad, sexo y erotismo, que trastoca la estructura social y de la familia tradicional, en el mundo del niño y del adolescente hay un sinnúmero de estímulos sexuales de todo tipo que se complementan con la escasa o nula información que al respecto les otorga la familia o profesionales capacitados, y por lo tanto lo que aprende al respecto es a través de estos medios, de sus pares o expe-

rimentando, siempre en búsqueda de aclarar dudas, de conocer sensaciones de placer, experimentar comportamientos sexuales (fetichismo, sadismo, masoquismo, etcétera), de ser aceptado por un círculo social o complacer a otra persona; en esta etapa de desconocimiento-conocimiento el adolescente se torna vulnerable y la mayoría cae en la repetición de patrones socioculturales ya establecidos independientemente de que esté o no de acuerdo con ellos. Sociedad y familia le exige responsabilizarse de su sexualidad pero no le dan un marco de referencia claro para poder lograrlo.

Teorías de la conducta sexual

La vida sexual del ser comienza el mismo día
de su nacimiento y acaba el de su muerte.
Wilhelm Stekel

La conducta sexual es considerada como una respuesta natural a los estímulos internos y externos, los primeros se deben a la estructura biológica que conlleva a la reproducción y al placer, y los aspectos externos son considerados como la influencia del entorno en donde cada individuo se desarrolla y se establecen las condicionantes de la formación de la pareja y posteriormente la familia, para ello se han establecido teorías de conducta sexual bajo diferentes perspectivas sociales y psicológicas entre las que se encuentra la teoría del psicoanálisis de Freud.

Freud retoma tres principios en su teoría: lo consciente, lo preconsciente y lo inconsciente. Lo consciente hace referencia a lo que el individuo percibe, como las emociones, los recuerdos, los pensamientos y las sensaciones físicas; el preconsciente precede de lo consciente y para poder entender y/o acusar a la información registrada a través de los sueños, las fantasías y los recuerdos y solamente los especialistas pueden acusar a esa información; finalmente el inconsciente es la parte primitiva del ser humano y por lo tanto se considera inaccesible para comprender. Estos tres elementos son primordiales en la mente del individuo para el desarrollo de la personalidad del ser humano (Seelbach, 2013). También explica que el desarrollo de la identidad sexual se realiza a partir de la identificación con cada uno de sus padres del mismo sexo y cuando el conflicto de Edipo y Electra está resuelto (Becerra y Melo, 2006).

Teoría del aprendizaje social como marco de la conducta sexual

Los inicios de la teoría del aprendizaje social de Bandura es a partir de 1977, este supuesto refutó algunas formas del conductismo y considero que los aprendizajes se obtienen a través de la observación y no necesariamente de una experiencia directa, es decir que un aprendizaje es el resultado de una interacción recíproca con influjos del entorno de las conductas cognitivas; considerando a la primera influencia como social donde se incluyen a pares y familia, así como el ambiente natural y las cognitivos están enfocados a las creencias e incluso al autoestima del individuo lo que determina a reproducirla (Villarreal, 2009).

La teoría del aprendizaje social principalmente se basa en dos concepciones, el refuerzo y la observación influyendo en los procesos cognitivos.

Bandura enfatiza que el aprendizaje del individuo se debe a la gran capacidad que tiene, de tal manera que la observación y la instrucción se llevan a cabo sin una experiencia directa. La teoría está inmerso en el aprendizaje vicario, éste describe que el aprendizaje surge a través de que las personas aprenden al observar la conducta de otras personas y esa misma conducta se reproduce no necesariamente de manera inmediata sino al paso de los años (Bandura, 1986, citado por Valdez, 2011).

Ruiz (2010) indica que los factores sociales y psicológicos que influyen dentro de la conducta, según Bandura, son cuatro y los describe de la siguiente manera:

- *Atención*, para que el aprendizaje se provea, es importante la atención y la observación, sin embargo, el modelo debe ser llamativo, atractivo para poder causar un efecto, el autor también considera que si el modelo tiene un parecido con uno la atención es mayor.
- *Retención*, se guardan y se recuerdan los modelos a los que prestamos atención, al paso del tiempo resurgen y se reproducen con el propio comportamiento.
- *Reproducción*, en este apartado se lleva a cabo la transcripción de imágenes y/o la representación al comportamiento actual, la imitación mejora a través de la práctica.

- *Motivación*, en este apartado Bandura considera diversos aspectos entre los que se encuentra un refuerzo pasado (conductismo tradicional), un refuerzo prometido (imaginación) y el refuerzo vicario, donde se recupera y se refuerza la conducta.

De esta manera la conducta, no es más que el resultado de un aprendizaje influenciado por un contexto donde el individuo se desarrolla, considerando las vivencias del individuo así como los factores externos son imprescindibles igual que los internos, para que se reproduzca.

Conducta sexual

La conducta (comportamiento) de acuerdo con el Diccionario de Psicología Científica y Filosófica (2015), se define como la acción y reacción de una persona ante el entorno donde se desarrolla, además se considera una percepción. Dentro de las teorías psicológicas, es un fenómeno observable y cuantificable.

Por otra parte, la conducta sexual de riesgo de acuerdo con Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián y Méndez-Carrillo (2003), indican que es "como la exposición del individuo ante una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por ITS" (citados por Goncalves, 2007).

Las diversas definiciones señalan los factores principales que caracterizan una conducta sexual de riesgo y que ello repercute tanto a nivel individual como colectivo.

Considerando que la conducta es la acción y que ésta ha sido aprendida del entorno y que están inmersas de riesgos, se puede apreciar que la problemática actual que viven los jóvenes sobre todo los universitarios como consecuencia de la conducta sexual son las infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, esto se debe a la exposición periódica de las relaciones sexuales sin protección, de las diversas parejas sexuales o bien el estar bajo el influjo de alguna sustancia. Los datos que reafirman la problemática son los indicados por la OMS y la Organización Panamericana señalando que un 20 por ciento de los jóvenes universitarios y adolescentes que no usan protección en las relaciones sexuales adquieren una ITS (citado por Leoni *et al.*, 2005).

Salud y los derechos sexuales

La salud y los derechos sexuales y reproductivos están consagrados en varias declaraciones y acuerdos internacionales, incluida la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (mejorar la salud materna y el acceso universal a la salud sexual y reproductiva) y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 (combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades) se enfocan especialmente en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como en otros objetivos relacionados. Se asignó prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994 (El Cairo) y en la Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995 (Beijing).

En la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (1999) se menciona que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Debido a que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades la normatividad de la vida sexual y amorosa fue plasmada por dicha Asamblea, que enmarcó 11 declaraciones fundamentales de los derechos sexuales:

1. Derecho a la libertad sexual.
2. Derecho a la autonomía, a la integridad y la seguridad sexual.
3. Derecho a la privacidad sexual.
4. Derecho a la igualdad sexual.
5. Derecho al placer sexual.
6. Derecho a la expresión sexual emocional.
7. Derecho a la libre asociación sexual.
8. Derecho a la toma de decisiones reproductivas.

9. Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico.
10. Derecho a la educación sexual integral.
11. Derecho a la atención de la salud sexual.

Estas declaraciones ayudan para la toma de conciencia, reconocimiento de la propia sexualidad, la identidad como seres sexuados.

En la mayor parte del mundo la salud sexual está completamente ligada al proceso reproductivo, el cual se ha enfocado a atender los problemas de fertilidad, anticoncepción, violencia e infecciones de transmisión sexual, sin considerar la sexualidad como parte integral del ser humano (OMS, 2002).

Por otra parte hablar de sexualidad en estos tiempos suele ser algo muy complejo debido a los grandes cambios que han transformado a la sociedad actual y hay un gran número de factores que originan este comportamiento que es muy común en ambos géneros.

El siglo pasado generó una revolución en el comportamiento humano, a partir de la década de los sesenta se realiza un gran cambio en la forma de creer en el amor y la sexualidad en todo el planeta, inicia la "Revolución sexual" y la lluvia de información se da en todos los medios de comunicación, se demanda el placer sexual en la mujer e inicia el desvanecimiento de la virginidad como valor y se da el sexo por placer y diversión debido al desarrollo de los métodos anticonceptivos (Infante, 2003).

Los cambios a partir de esa época han sido lentos, graduales y se fundamentan en el discurso un tanto abierto de la temática de sexualidad pero las actitudes y conductas sexuales han cambiado muy poco, siempre ha habido relaciones premaritales y extramaritales, pero actualmente las personas comentan abiertamente estas experiencias; la pareja de solteros que en otras épocas tenía relaciones sexuales a hurtadillas actualmente comparten departamento, el homosexual que antaño ocultaba su preferencia en esta época participa en la lucha por sus derechos sexuales, todos estos cambios son la punta del iceberg de las complejas interrelaciones de la sexualidad humana. Alentadoramente la tendencia sigue hacia una comunicación franca y abierta de la temática sobre sexualidad en los diferentes grupos de edad y que apuntalada con programas de educación sexual puede lograr en el futuro el ejercicio de la sexualidad comprometida y responsable de las posibles consecuencias que ésta pudiera tener.

La sexualidad del adolescente va a estar permeada por los parámetros que le establezca la sociedad en el momento histórico que él viva; al margen de las prácticas que puedan haber existido, inicialmente dependerá de la conducta directa de formación del núcleo familiar y, posteriormente, de la influencia del núcleo donde se desarrolle, en relación con la orientación sexual el adolescente define su preferencia independientemente del núcleo social al que pertenezca, y finalmente con relación a las prácticas sexuales los adolescentes pueden estar influenciados por sus pares y caer en actividades sexuales peculiares que ponen en riesgo su salud o condicionan embarazos no deseados con las consecuencias sociales propias de estos casos. La educación sexual integral (biológica, psicológica y medioambiental) como parte importante de la formación básica del niño y adolescente dará como fruto individuos responsables de su sexualidad que eviten situaciones que pongan en riesgo su desarrollo humano o su salud.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Mazarrasa, 2004), estableció que:

> La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Un buen estado de salud sexual reproductiva (SSR) implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones, libres e informadas, y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad, seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos; y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del

sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Ramos (2008) Menciona que dentro de la relación de pareja, la comunicación sexual adquiere una alta relevancia y es un elemento que contribuye a mantener una armonía entre la relación, si ésta no se da o se establece adecuadamente, rompe su estabilidad generando tanto violencia física como psicológica en ambos miembros. Es un acto que mantiene la propia relación y al momento en que se producen cambios en la vida sexual, se afecta la satisfacción, el sentido de compromiso y el amor entre la misma.

Problemáticas de la salud sexual en los jóvenes

La OMS (2013) indica que cada día, más de un millón de personas contraen una ITS y anualmente alrededor de 500 millones de personas adquieren alguna de estas infecciones como son la clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis, además más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2, algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH. En México la problemática es relevante, ya que se encuentra dentro de los primeros lugares de mortalidad en jóvenes de 15 a 44 años de edad por causa de ITS, la prevalencia de algunas de ellas hasta el 2013 son de 9 por ciento en hombres de 15 años y 4 por ciento en mujeres de 18 años poseen el virus de herpes simple tipo 2 (Campero, 2013).

Por otra parte en el país se vive un estilo de vida acelerado, se observa un cambio poblacional lo que genera una gran preocupación por la salud de los jóvenes, pues alrededor de 38.1 personas está representando a la población joven que oscila edades de 12 y 29 años, es decir un 32 por ciento de la población total. En este sentido puede decirse que el inicio de vida sexual se encuentra entre los 12 y 19 años de edad, sin protección alguna (CONAPO, 2009, citado por el Fondo de población de las Naciones Unidas, 2012).

Con respecto a la salud reproductiva se reportan 2.2 millones de nacimientos en el 2012, las edades oscilan de 15 a 29 años (72.9 por ciento) y un 16.4 por ciento está representado por adolescentes de 15 a 19 años, dentro de ello se considera que uno de cada cuatro embarazos no fue planeado, lo que refleja la falta de cuidado al tener la relación, esto puede ser alarmante debido a que la madre puede contraer una ITS y al mismo tiempo traer consecuencias graves al niño (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

Dentro de la morbilidad sexual de los adolescentes mexicanos destacan las ITS y los embarazos no planeados como resultado de prácticas sexuales sin protección o que se han practicado bajo el influjo de sustancias psicoactivas, lo cual representa un problema de salud pública a nivel nacional e internacional, la repercusión no solo se refleja en ámbito social, sino también en el político y económico.

Socialmente las problemáticas a lo que los jóvenes están expuesto ante la presencia de un embarazo no planeado o una ITS, no sólo repercute de manera biológica y física, sino también de manera psicológica y social, en este último apartado se puede considerar que ante la presencia de una infección los factores que más influyen son la calidad de vida familiar debido a las condiciones desfavorables por la falta de oportunidades, generando con ello informalidad laboral y en consecuencia el acceso a la seguridad social y el bajo ingreso, esto debido a que los jóvenes frecuentemente abandonan los estudios generando con ello una baja economía por los ingresos que se obtienen al no tener un nivel de estudios que avalen sus conocimientos (Instituto Mexicano de la Juventud, 2013).

Conclusiones

La ignorancia es el punto vulnerable de la humanidad, ésta genera una gran cantidad de desaciertos en todos los sentidos y la sexualidad no es la excepción de esto, el desconocimiento del cuerpo, y del desarrollo de la sexualidad que incluye deseos y placer durante 2,500 años lo convierte en un riesgo peligroso para la salud.

La equidad sexual hasta el momento se podría considerar algo utópico para nuestros jóvenes ya que en la actualidad se siguen los mismos patrones de conducta que marcan ciertos grupos de poder, modas, estilos y los medios de comunicación en general, generando riesgos en la salud y en la sociedad por una conducta sexual sin protección y poco reflexionada.

La temática sobre sexualidad y prácticas sexuales por placer ya no es tema prohibido, sin embargo, los estereotipos que marca la sociedad están generando confusiones.

La educación sexual debe contemplar como uno de sus objetivos primordiales el ejercicio de la sexualidad responsable que concientice al joven en ser selectivo en sus relaciones sexuales y que se proteja para evitar, tanto ITS

como embarazos no planeados, que pongan en riesgo su salud sexual y reproductiva o cambien su plan de vida.

La educación es la mejor herramienta para construir una sexualidad en la que cada individuo sea capaz de disfrutar y vivir con mayor libertad sin ser violentado por la forma de manifestar su sexualidad.

Fuentes consultadas

Asociación Mundial de Sexología (1999). "Declaración de los Derechos Sexuales". Disponible en http://joveneslectores.sems.gob.mx/extras/interactivos/sexualidad/doc/Derechos_sexuales.pdf (consultado el 19 de noviembre de 2015).

Becerra M., C. y O. M. Melo (2006). *Identidad sexual y desarrollo de la personalidad*. Disponible en http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d006.pdf (consultado el 23 de febrero de 2016).

Cabanes, P. (2003). *La sexualidad en la Europa medieval cristiana*. Disponible en http://parnaseo.uv.es/lemir/Revista/Revista7/sexualidad.htm (consultado el 16 de marzo 2015).

Campero, L., L. Suarez, E. Atienzo, B. Hernández y A. Villalobos (2013). "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas", *Gaceta Médica de México*. 149(3), 299-307.

Carballo, S. (2002). "Educación de la expresión de la sexualidad humana", Educación, vol. 26, núm. 1, Costa Rica, Universidad de Costa Rica San Pedro, Montes de Oca, pp. 29-46.

Curso Optativo de Formación General (s/a). "Respuesta sexual Humana". Disponible en http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/meb173/meb173_08.html (consultado el 23 de febrero de 2016).

Diccionario de Psicología Científica y Filosófica (2015). "Explicación de los principales conceptos, tesis y escuelas en el área de psicología". Disponible en http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Conducta.htm (consultado el 4 de mayo 2015).

Espada, J. P., S. Quiles y F. J. Méndez (2003). "Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. Papeles del psicólogo", *Revista del Consejo General de la Psicología de España*, núm. 85, agosto.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, Bogotá, Colombia, Ministerio de la Protección Social, Disponible en https://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf (consultado el 17 de noviembre de 2015).

Gonçalves, S., J. Castellá y M. S. Carlotto (2007). "Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes", *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.

Imperio Romano (2015). *La sexualidad en Roma*. [Mensaje en Blog]. Disponible en http://www.imperioromano.com/156/la-sexualidad-en-roma.html (consultado el 24 de abril de 2015).

Infante, A., A. París, L. Fernández y M. Padrón (2003). *Manual de educación sexual para jóvenes*, Disponible en http://www.redpapaz.org/aprendiendoaserpapaz/images/stories/investigaciones/afectividad/libroblancoeducacionsexual.pdf (consultado el 25 de febrero de 2016).

Infante G. A. París, H. Fernández y M. Padrón (2003). *¿Y tú qué sabes de eso? Manual de educación sexual para jóvenes*. Málaga, España.

Instituto Mexicano de la Juventud (2013). *Diagnóstico de la situación de los jóvenes en México*. Disponible en http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Diagnostico_Sobre_Jovenes_En_Mexico.pdf (consultado el 7 de septiembre de 2015).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Datos Nacionales*. Disponible en http://www.cinu.mx/minisitio/juventud_2013/Juventud_INEGI.pdf (consultado el 14 de marzo de 2015).

Jones, K., L., Shainberg y C. Byer (1979). *Sexualidad humana*, México, Pax-México.

Leoni, A. F. G. Martelloto, E. Jakob, J. Cohen, y C. Aranega, (2005). Conductas sexuales y riesgo de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en http://www.dst.uff.br//revista17-2-2005/1-cindutas%20sexuales.pdf (consultado el 30 de octubre de 2015).

Master, W. H. y V. E. Johnson (1966). *Human sexual response*. Boston, Massachusetts.

Matorra, R., J. Hernandez y D. Molero (2008). *Tratado de reproducción humana para enfermería*, España, Médica Panamericana.

Mazarrasa, L., Gil, S. (2004). "Salud Sexual y Reproductiva. Programa de formación de formadores en perspectiva de género y salud". Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf (consultado el 30 de agosto).

Montejo, M. (2012). *La sexualidad maya y sus diferentes manifestaciones durante el Periodo Clásico 250 al 900 dC*. (Tesis de pregrado). Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/14/14_0469.pdf (consultado el día 23 de febrero de 2016).

Moral, J. (2010). "Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial", *Revista colombiana de psicología*. 19(1), 45-59.

Organización de las Naciones Unidas (1994). "Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo", 5 a 13 de septiembre. Disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf (consultado el 17 de noviembre de 2015).

_____ (1995). "Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer", Beijing, 4 a 15 de septiembre. Disponible en http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf (consultado el 17 de noviembre de 2015).

_____ (2015). "Objetivo de Desarrollo del Milenio", informe. Disponible en http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf (consultado el 17 de noviembre de 2015).

Organización Mundial de la Salud (2002). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health*. Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf (consultado el 23 de febrero de 2016).

_____ (2013). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/ (Consultado el 14 de marzo de 2015).

Parrondo, P., T. Pérez-Medina y J. Álvarez-Heros (2008). *Anatomía del aparato genital femenino*. Disponible en http://www.sego.es/Content/pdf/Fundamentos_Gine_WEB.pdf (consultado el 7 de septiembre de 2015).

Ramos, J. (2008). "Estudiantes universitarios y su relación de pareja", *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 13(38), 801-823.

Reiriz, J. (2015). *Sistema reproductor femenino: anatomía*. Disponible en https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661 (Consultado el 9 de septiembre de 2015).

Ruíz, Y. M., (2010). "Aprendizaje vicario; implicaciones educativas en el aula". *Revista digital para profesionales de la enseñanza (10)*. Disponible en https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7465.pdf (Consultado el 10 de diciembre de 2015).

Seelbach, G., A. (2013). *Teorías de la personalidad*, México. Disponible en http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf (Consultado el 13 de febrero de 2016).

Sorli, N. (2002). *Breve historia de la sexualidad*. Identidades. Disponible en http://www.inppares.org/sites/default/files/breve%20historia%20de%20la%20sexualidad.pdf (Consultado el 16 de abril de 2015)

Valdez, C. (2011). *Uso de material sexual en línea y conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios*. Disponible en http://eprints.uanl.mx/2901/1/ 1080211210.pdf (consultado el 15 de noviembre de 2015).

Vera-Gamboa, L. (1998). "Historia de la sexualidad". *Biomédica*, 9 (2), 116-121.

Villarreal, M. E. (2009). *Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes Escolarizados*. (Tesis de doctorado), México, Universidad Autónoma de Nuevo León, Disponible en https://www.uv.es/lisis/m-villarreal/tesis-m-villarreal.pdf, consultado el 25 de febrero de 2016.

Zanin, L., A. Paez, C. Correa y M. Bortoli, (2012). "Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario", *Fundamentos en humanidades*. XII(26), 103-123.

Aspectos sociales y de la salud para considerar durante el climaterio y la menopausia: una revisión del estado del arte

Néstor Serviño Reyna, María Luisa Quintero Soto
Elisa Bertha Velázquez Rodríguez, Ana Isabel Barco González

Introducción

La menstruación es la expresión externa de que la mujer se encuentra en plena capacidad reproductiva, por tanto el cuerpo-reproducción está en plenitud. Hay patrones culturales en donde éste es su único fin, sujeto de reproducción, eliminando del escenario el cuerpo placer, convirtiendo a la mujer de sujeto en objeto de reproducción, solamente, la menopausia representa el cese de la menstruación y consecuentemente de la capacidad reproductiva, esto es objetivo, real, biológico.

Las etapas del climaterio y menopausia por las que pasa toda mujer con mayor o menor intensidad, inician años antes de la menopausia y termina años después, a esto se le denominan Perimenopausia. Abarca de los 35 a los 55 años. Existen cambios somáticos y psicológicos e inicia con la irregularidad menstrual premenopáusica. Es difícil determinar si los síntomas que se presentan son por estrés emocional, o que dependen de la baja estrogénica, esto no ha sido tomado en cuenta a pesar de la importancia que debe de tener, por lo tanto la información es reducida en relación con otro tipo de patología, sin embargo esta situación no ha sido responsabilidad sólo del investigador, sino también porque en ocasiones ha sido subestimada por las propias mujeres, así como por la comunidad en general, se puede destacar que muchos profesionales a través de diferentes épocas han sido partícipes de estas actitudes, a pesar de que existen referencias sobre el climaterio y la menopausia, que han tenido menciones históricas, literarias, culturales, etcétera, lo que ha permitido que exista un mayor interés aún para los investigadores (Aguirre, 2007). El presente trabajo comprenderá tres ejes de estudio, desde los cuales

se han enfocado diversas investigaciones sobre el tema y que son: el climaterio desde la salud; el climaterio y la familia; y la violencia contra la mujer durante el climaterio.

El climaterio desde la salud

En cuanto a las investigaciones que giran en torno al eje de análisis del climaterio desde la salud, destacan los aspectos relacionados con el término de climaterio, al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), lo define como al periodo de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva, se inicia con la declinación de la función ovárica y termina cuando las manifestaciones del hipoestrogenismo, lo que trae, por consiguiente, manifestaciones clínicas denominadas "síndrome climatérico". Siendo el centro de este periodo la menopausia, que divide a la etapa climatérica en dos periodos: premenopausia y posmenopausia. El climaterio es un acontecimiento fisiológico, donde pueden aparecer síntomas, signos o complicaciones, directa o indirectamente condicionados por los cambios en la adaptación de este proceso, en el que se puede llamar multifactorial, en donde va a intervenir el aspecto psicológico, social y hormonal, que caracterizan esta época de la vida (Lozano, 1995). En esta etapa ocurren trastornos psicológicos caracterizados por la ansiedad, depresión, irritabilidad, nerviosismo, y cambios neurovegetativos como sudoraciones, sofocos, ahogos, palpitaciones, entre otros, que aquejan a la mujer.

El climaterio es la fase de maduración de la mujer, que marca la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva de la vida (Aguirre, 2007).

La menopausia es la desaparición de una de las manifestaciones externas de la vida reproductiva femenina, lo que constituye uno de los momentos más importantes y llamativos de la vida en general y del climaterio en particular.

En México la edad promedio en que se presenta es de 47.6 años con un rango entre 41 a 55 años. La posmenopausia es la etapa que se inicia tras la menopausia y abarca un periodo de 10 años de duración, la mayoría de las mujeres perciben la menopausia con una sensación de alivio y sentimientos neutros y/o como una etapa de cambios positivos. Los estudios muestran que las diferentes actitudes y creencias a este respecto se explican por la combinación de factores personales y culturales (Vázquez, 2010).

De las definiciones tradicionales de la menopausia, emergen gran variedad de términos, con los cuales se ha intentado dar cuenta del cese menstrual. Muchos de estos conceptos se han propuesto destacar ciertos énfasis y desconocer otros, como, por ejemplo, el sentido de proceso y no el carácter aislado del evento; han sido empleados con poca claridad conceptual, motivando confusión y la ambigüedad (OMS, 1996).

La OMS (1996) define a la menopausia natural como el cese permanente de la menstruación que resulta de la disminución o depleción de la actividad ovárica folicular, se reconoce una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea desde la última menstruación, sin que existan causas fisiológicas o patológicas, es un evento que sólo puede identificarse en forma retrospectiva una vez que han transcurrido 12 meses tras el último sangrado endometrial, el término (del griego *meno*-menstruación y *pausis*-cesación) se refiere al cese permanente de las menstruaciones, resultante de la pérdida de la actividad folicular ovárica, se establece con 12 meses de amenorrea.

Las mujeres veían la menopausia como un hecho natural y biológico, el cual reconocían y manejaban gracias a un sistema de autocuidados construido culturalmente. Actualmente los profesionales de la salud y, medios de comunicación han elaborado un discurso, que se difunde permanentemente, según el cual la menopausia es un proceso patológico, lleno de riesgos para las mujeres. Se menciona que la menopausia conlleva un incremento de riesgo para enfermedades y, un descenso en la calidad de vida de las mujeres, si se analizan las palabras utilizadas en los textos de medicina para describir esta etapa fisiológica, encontramos términos como final, pérdida, atrofia, déficit, ansiedad, nerviosismo, disminución de tamaño, irritabilidad, depresión; estos textos recogen una amplia desvalorización cultural de las mujeres mayores, siendo ésta una de las características más desafortunadas de la medicina actual (Vázquez, 2010).

Es difícil distinguir los efectos de la edad en la salud, de los derivados de la menopausia, sólo existe evidencia que el descenso de los estrógenos se asocia con: síntomas vasomotores, atrofia urogenital y pérdida de masa ósea. El resto de problemas que se mencionan como consecuencia de la menopausia no son específicos de ella, y tienen un origen psicológico o sociocultural.

Se han identificado varios factores de riesgo a nivel social y poblacional para la presentación de los síntomas climatéricos, los cuales se enumeran a continuación: nivel sociocultural, población urbana, escolaridad, ambientales,

vivir en zonas cálidas de altas temperaturas, estilo de vida como sedentarismo, fumar, constitución corporal, índice de masa corporal bajo menor de 18 o mayor de 30 (entre 25 y 30 se observa un aumento de riesgo. Los pacientes con este peso son considerados con "sobrepeso" o "exceso de peso". Entre 30 y 35 se considera "obesidad leve", entre 35 y 40 se considera "obesidad moderada". Por encima de 40 se considera "obesidad mórbida"); factores psicológicos, menarca tardía; factores ginecológicos, historia de alteraciones de conducta, síndrome de ansiedad-depresión, atrofia vaginal, antecedente de oligomenorrea, antecedente de cirugía ovárica, acentuación del síndrome premenstrual en mujeres mayores de 35 años, alteraciones urogenitales (Vázquez, 2010).

En los últimos años de la etapa reproductiva, a partir de los 40 años, los ciclos menstruales se hacen más cortos, pasan de ser cada 22 o 25 días y se reduce la capacidad genésica. En los años previos a la menopausia, a partir de los 45 a los 47 años, los ciclos se alargan y la cantidad del sangrado es más abundante, existe ausencia de ovulación, finalmente en torno a los 50 años y tras 12 meses de ausencia de menstruación, la menopausia queda establecida.

Los síntomas vasomotores, *son* la manifestación clínica más característica del climaterio, presentes en el 30 y el 80 por ciento de las mujeres, son sensaciones de calor asociada a vasodilatación cutánea y sudoración con un descenso de la temperatura corporal, aumento transitorio de la frecuencia cardiaca, de duración y frecuencia variable, inician en la perimenopausia y desaparecen de forma gradual aproximadamente a los cinco años. Sin embargo, no es infrecuente observar estos síntomas en mujeres mayores de 60 años. La causa de éstos no es bien conocida, la reducción de estrógenos, podría alterar el funcionamiento del centro regulador de la temperatura situado en el hipotálamo (Albi, 2015).

Los sofocos y las sudoraciones nocturnas provocan alteraciones del sueño y cuadros de fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y falta de memoria, el insomnio, la cefalea y los mareos, aunque pueden estar presentes en mujeres con síntomas vasomotores intensos, no han mostrado una asociación causal con la disminución de estrógenos. Por lo tanto no se puede decir que son un síntoma de menopausia.

En tanto que la atrofia y pérdida de elasticidad de los tejidos de la vulva y vagina, déficit de secreción glandular y reducción del espesor epitelial, produce resequedad vaginal y dolor en las relaciones sexuales, afecta del 10 al 30 por ciento de las mujeres menopáusicas. Existe una asociación entre los síntomas

vaginales y la disminución de estrógenos. A medida que avanza la posmenopausia, la atrofia vaginal es más importante y los síntomas más manifiestos. Sin embargo, no se ha demostrado una asociación entre déficit estrogénico y pérdida del deseo sexual, que es frecuente en la menopausia (Albi, 2015).

Por otro lado, la incontinencia urinaria es frecuente en la menopausia y aunque el déficit estrogénico podría contribuir, existen otros factores que tienen un papel más relevante. No se ha encontrado asociación entre menopausia e infección urinaria aunque algunos cambios fisiológicos podrían favorecerla.

Los principales estudios no han encontrado relación entre las alteraciones del estado de ánimo (ansiedad, depresión) y la menopausia. Los factores sociales, familiares, laborales y las alteraciones previas del estado de ánimo, han demostrado ser más determinantes. Los dolores articulares, dolor mamario (mastalgia) son frecuentes en la menopausia, sin embargo no se ha demostrado una asociación causal con el déficit de estrógenos. El dolor mamario generalmente disminuye con la menopausia (Albi, 2015; García, 2000).

El climaterio y la familia

Para abordar los estudios que se han orientado a destacar la relación e importancia que tiene la familia en el proceso del climaterio, primeramente será necesario definir el concepto de familia, que de acuerdo a la OMS (2009: 1), se dice que son "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Lo cual indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2009), la familia es reconocida universalmente como una unidad básica de la sociedad, a pesar de los muchos cambios en la

sociedad que han alterado sus roles, y funciones, la familia continúa dando la estructura natural para el apoyo esencial, emocional y material para el crecimiento y bienestar de sus miembros, además la familia es una unidad social básica de producción y como tal, está en el núcleo del proceso económico. Sus necesidades deben de estar estrechamente conectadas con los objetivos de desarrollo económico y social, como un estándar mínimo de progreso.

Desde el punto de vista sociológico, así como desde el jurídico, la familia es una de las instituciones más antiguas en el tiempo, pero también la que está sufriendo profundos cambios. La mujer vive aproximadamente 55 años de su vida como madre, y un tercio de su vida en general lo pasa en el climaterio y menopausia, desde hace tiempo se ha considerado al climaterio en todas sus etapas como un periodo vulnerable, en el que la mujer puede presentar síntomas de variable índole, entre los cuales se encuentran los de tipo afectivo, donde la mujer presenta con mayor frecuencia ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño, siendo casi dos veces mayor en la perimenopausia (Hoffman *et al.*, 2009).

Para Álvarez (2012), cuando la mujer llega a la quinta década de su vida, se aproxima al periodo de la menopausia, esto obliga de cierta forma a que no sólo se vea esta etapa desde el aspecto físico-psíquico, sino incluir este proceso en cómo se desarrolla dentro del ámbito familiar y social, valorar su potencial emocional y afectivo, su responsabilidad laboral, seguridad social, recreación y vida social.

La familia es de vital importancia, por lo que es necesario analizar cómo está estructurada su organización, estabilidad económica y emocional, interrelaciones, afinidad, respeto, solidaridad, apoyo en las dificultades, los estados disfuncionales por crisis que pueden ocasionar separaciones y cómo afecta a la mujer (Álvarez, 2012).

Dentro de la familia se observa, que las parejas que se han apoyado mutuamente fortalecen sus lazos afectivos, teniendo una relación por demás armónica, donde participan en pareja con un compromiso en común, teniendo en cuenta lo positivo y negativo, lo que aumentará la confianza para mejorar lo realizado y ser propositivos en caso de hacer cambios. En algunas ocasiones se llegan a dar los divorcios, si no se logran realizar los ajustes necesarios para fortalecer la relación, volviéndose insuficientes los espacios para tener una vida armónica, además en esta etapa los hijos han partido (nido abando-

nado), volviéndose extraños entre ellos mismos sin nada en común, por lo que en muchas ocasiones termina con la separación (Álvarez, 2012).

Según Del Olmo (2012), Talcott Parsons consideraba que el equilibrio era la característica fundamental de la familia, cuyo papel esencial era la estabilización y entre cuyas funciones socializantes se encontraba la transmisión de valores, normas y modelos de comportamiento establecidos, que constituían un importante elemento hacia la autorregulación y la autosuficiencia de la sociedad manteniendo determinadas necesidades humanas, entre las que se incluían la preservación del orden social, el abastecimiento de bienes y servicios y la protección de la infancia.

Hay enormes diferencias en la composición, ciclo de vida, rol de los padres y las circunstancias de las familias tanto dentro de las sociedades como entre ellas y pone en tela de juicio la capacidad de este núcleo básico de la sociedad para cumplir no sólo su papel socializador sino también su función educadora.

Lugones (1999) refiere que es necesario reconocer la importancia que tiene la familia en la mujer, cuando se encuentra en la etapa del climaterio y la menopausia en todos los aspectos, física, biológica, endocrina, emocional y psicosocial, entre otros. Se debe de tomar en cuenta el impacto psicológico de la menopausia y que está fuertemente relacionada a factores personales y sociales, por lo que es necesario entender que algunas mujeres presentan más afecciones psicológicas en la medida en que provienen de ámbitos culturales en los que el cuidado de los hijos, la fertilidad y el rol femenino son elementos prominentes, en nuestra cultura se le da mucha importancia al cuidado de los hijos y la fertilidad en la mujer. Por lo que han de concluir estas fases de cuidado hacia los hijos o miembros de la familia, la mujer suele percibirse poco valoradas o sentirse solas.

Para Celades (1993), la sintomatología que presentan las mujeres en la menopausia son el frecuente llanto, la ansiedad, la falta de comunicación y comprensión, en esto influye de manera preponderante la dinámica familiar y conyugal, existe el temor a la pérdida de la pareja o a no encontrarla cuando se carece de ella, afectando la autoestima y su satisfacción personal, se pueden evitar las relaciones sexuales, disminución del deseo sexual e insatisfacción, entre otros aspectos de la sexualidad.

De acuerdo con Suárez (1996), la mujer busca "justificaciones" para evitar la relación sexual, dado fundamentalmente por el desconocimiento que tiene

acerca de la sexualidad en esta etapa de la vida o por el dolor que representan ante la sequedad vaginal, o falta de deseo, lo que unido también a la sintomatología psíquica y a las alteraciones de la dinámica familiar encontrada, provoca el deterioro de su autoestima.

Las alteraciones que se presentan están dadas por diversos factores, que van desde las alteraciones neuroendocrinas de esta etapa de la menopausia, hasta las costumbres, los criterios y lo aprendido de su familia y de la sociedad, de acuerdo con la forma en que se viva y se acepte la sexualidad, ésta será fuente de dicha y satisfacciones o de angustias, conflictos y frustraciones (Lugones, 1999).

El apoyo de la familia es fundamental debido a que necesitan más comprensión con los cambios que está viviendo. Empezando por el esposo, que muchas veces no entiende lo que sufre su esposa. Si la mujer no encuentra apoyo entre los suyos acaba buscando la salvación en los médicos y en las medicinas. Hay casos en que es necesario ir al médico y tomar medicamentos, en muchos otros, lo que la mujer necesita es cariño y atención.

Hay que estudiar la dinámica familiar y conyugal en estas pacientes, debido a la importancia que representa para mejorar su calidad de vida, valorar la influencia que pueda tener en el bienestar emocional y en la relación con sus hijos y nietos.

Los vínculos de pareja son muy complicados, más cuando atraviesan por momentos difíciles y de incomprensión, una etapa vital para la pareja es la presencia de la menopausia, ya que se dan cambios importantes en todos los niveles, en este momento la mujer se encuentra en la antesala de la madurez y se puede afrontar mejor con el apoyo de su pareja.

La menopausia es un rasgo exclusivo de la mujer pero no quiere decir que se deba afrontar sola, sino todo lo contrario, se tiene que contar con el apoyo del esposo, ya que finalmente es un camino que deben de andar juntos, y que en algún momento nuestra pareja también se verá afectada por los trastornos de la menopausia (Vélez, 2013).

Existen otros síntomas de la menopausia como las pérdidas de orina, el envejecimiento de la piel, los desajustes hormonales y la sequedad vaginal que dificultan de alguna manera las relaciones interpersonales y en especial las relaciones sexuales, es un motivo muy importante para que el deseo sexual de la mujer disminuya considerablemente.

Un estado nefasto para la relación de pareja, son los cambios psicológicos que la mujer presenta en la menopausia, tiene que aceptar que está perdiendo la juventud para entrar en la madurez, además de existir por la acción propia de la edad el debilitamiento de los huesos con la consecuente osteoporosis, falta de concentración o la fatiga permanente puede ser un obstáculo más a la hora de mantener una pareja estable.

El esposo debe ser un aliado, un compañero y un cómplice, tiene que ser consciente de la transformación que supone la menopausia en la vida de la mujer, la relación de pareja es cosa de dos, el esposo puede facilitar los remedios para aliviar los síntomas de la menopausia, y la mujer no debe dejar a su pareja al margen de los cambios que está experimentando. Cuando se vive en pareja, la menopausia no es sólo cosa de mujeres (Vélez, 2013).

Violencia contra la mujer durante el climaterio

Finalmente, el tercer eje de análisis que hace alusión al tema del climaterio, es el referente a la violencia que viven las mujeres en ésta etapa. En este sentido, la ONU (2003: 5) define a la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o expareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control. La violencia sexual es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto (ONU, 2013).

> Toda mujer y niña debe de vivir, libre de todo acto de violencia, partiendo desde su hogar, el trabajo, la escuela, por motivos de género, causa innumerables daños a la familia, a las generaciones y empobrece a las comunidades, impide que las mujeres realicen sus potencialidades, restringe el crecimiento económico y socava

> el desarrollo, cuando se trata de la violencia contra las mujeres no hay sociedad civilizada y en cada uno de los ámbitos en que se desarrolla, pues una de las características que detiene la vida social y el desarrollo. Sin duda los actos por mínimos que parezcan de violencia en cada uno de sus tipos, violencia psicológica, violencia física, violencia patrimonial, violencia económica, violencia sexual, violencia feminicida, violencia laboral, así como sus modalidades de violencia familiar afectan a la calidad de vida de la mujer durante el climaterio. Ante este fenómeno de violencia, la lucha contra este azote nos exige cambiar una actitud que todavía es demasiado común y arraigada, con respecto a la violencia contra la mujer no hay razones para la tolerancia ni excusas para que no exista una marco jurídico que tutele el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia, en la que los principios rectores sean la libertad, la igualdad y la seguridad (Cámara de Diputados, 2008: 4).

En este sentido, las mujeres tienden a sufrir violencia prácticamente en todos los niveles como: las uniones inestables que representan el mayor porcentaje de violencia en la etapa del climaterio y menopausia, lo que está dado por la historia familiar debido a que en las primeras etapas de la vida pudieron tener conflictos familiares, carencia afectiva, y obligaciones no acordes al periodo infantil, muchas provienen de hogares violentos donde sus madres o ellas fueron víctimas de violencia, por parte de los hombres, la búsqueda de relaciones en otras mujeres como respuesta a la crisis de esta edad, ocasiona a veces, separaciones en las relaciones de pareja.

El nivel escolar en la mujer durante el climaterio, influye en el manejo de cómo enfrentar la violencia psicológica hacia ellas, el bajo nivel educativo es un factor de riesgo en el tema de la violencia.

Las mujeres que no trabajan, las pone en una posición de desventaja con relación al hombre, ya que dependen de él y éstos se creen entonces con determinados derechos sobre la mujer. El tipo de violencia psicológica es la que más se presenta durante el climaterio y menopausia, porque se vincula con la diferencia de roles, así como el cese de la vida reproductiva, ésta es una de las formas de violencia que más predominan en nuestro medio, en menor frecuencia la violencia física y sexual.

Los principales efectos que produce la violencia en las mujeres durante el climaterio, son el malestar (frustración, pena, tristeza, etcétera) y el rechazo a sus parejas, lo que pone de manifiesto la agresión psicológica, lo que les

daña y afecta su armonía existencial, así como su autoestima, además de producir resentimiento.

Las mujeres de bajo nivel escolar, amas de casa y de unión inestable son las principales víctimas de violencia psicológica. En este grupo etario se observa la presencia de violencia doméstica, por lo que debemos considerarla al evaluar los indicadores de salud de esta comunidad. En esto resulta esencial el trabajo de promoción que debe realizar el equipo multidisciplinario de la consulta con vistas a crear proyectos de intervención encaminados a la prevención (Martínez, 2011).

En un estudio de la ONU (2013), sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer realizado en 10 países, en su mayoría de clase media y baja, se observó que en las mujeres de 15 a 49 años: la mayor parte de esta violencia corresponde a la ejercida por la pareja. A nivel mundial, cerca de un tercio (30 por ciento) de las mujeres que han tenido una relación ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones la cifra es mucho mayor. Un 38 por ciento de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.

La violencia de pareja y la violencia sexual producen a las víctimas supervivientes y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social, en la mujer puede tener consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio, puede producir lesiones, y el 42 por ciento de las mujeres víctimas de violencia de pareja refieren alguna lesión a consecuencia de dicha violencia.

La violencia de pareja y la violencia sexual pueden generar problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH, por lo que todo lo anterior pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, problemas alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio, las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con la bebida (ONU, 2013).

Conclusiones

El climaterio y la menopausia son procesos fisiológicos naturales y normales en la vida de las mujeres y no patológicos como se ha intentado hacer pensar

de esta etapa de su vida, la que representa para la mujer un serio problema de adaptación, en la cual pasa de ser una mujer que tiene todos los atributos para la reproducción a un estado "estéril", donde ha perdido la capacidad reproductiva, es aquí cuando la mujer se encuentra expuesta a una oleada de riesgos en los que son partícipe la comunidad en general, sin dejar de lado que dentro de la familia se dan una serie de cambios en torno a la figura de la mujer en la fase del climaterio, en la cual se denotan ciertos cambios de conducta, como trastornos psicológicos caracterizados por la ansiedad, depresión, irritabilidad, nerviosismo, y cambios neurovegetativos como sudoraciones, sofocos, ahogos, palpitaciones, entre otros, que aquejan a la mujer creándose conflictos hacia el interior de la familia, los cuales si no son bien entendidos y manejados, pueden llegar a tener repercusiones y serios trastornos en su calidad de vida, por tal motivo, es necesario plantear estrategias con el fin de erradicarse los mecanismos socioculturales que conforman mitos y estereotipos opresores y discriminatorios, respecto de esta etapa vital en la vida de la mujer.

Las mujeres deben ocuparse de sí mismas, lo que implica una forma de elevar su autoestima, atender su cuerpo, su sexualidad, su salud física y mental, para lograr transitar este periodo con una auténtica calidad de vida, donde se deben seguir prácticas como el ejercicio, una dieta balanceada, una comunicación afectiva, así como el cumplimiento de sus derechos sexuales, y la búsqueda de gratificaciones de toda índole, acompañado de experiencias de solidaridad y autonomía, que les permita tener la etapa del climaterio sin mayores complicaciones y una mejor calidad de vida.

Fuentes consultadas

Aguirre, M. (2007). *Curso de Histología*. Facultad de Ciencias Médicas (pág. Ciclo II). Perú, Universidad Cesar Vallejo.

Albi, M. (09 de Septiembre de 2015). infosalus.com. Disponible en europapress: http://www.infosalus.com/enfermedades/ginecologia/menopausia/Sintomas-menopausia-27.html

Álvarez, R. O. (2012). "Interrelaciones familiares durante la Menopausia", *Revista colombiana de Menopusia*, 15-21.

Cámara de Diputados (2008). Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre. Decreto No. 218 De la H. "LVI" Legislatura del Estado de México (pág. 4), Toluca, México, Cámara de Diputados.

CELADES, M. (1993). *Aspectos Clínicos de la Menopausia. Climaterio y Menopausia*, 64-69.

DEL OLMO, R. (4 de marzo de 2012). "En torno a Talcott Parsons", *Prisma X*,0, 1. Disponible en https://rodrigodelolmo.wordpress.com/2012/.../en-torno-a-talcott-parsons.

GARCÍA, E. (16 de mayo de 2000). "Ginecologia, El libro blanco de la Menopausia en España", *El País*, p. 1.

HOFFMAN, B. L., J. O. Schorge, J. I. Schaffer, L. M. Halvarson, K. D. Bradshaw y F. G. Gunningham (eds.) (2009). *Williams Ginecología*, 1ra. ed., México, McGraw-Hills.

LOZANO, E. (enero-junio de 1995). "Características generales y hormonas de la reproducción en la mujer posmenopáusica", *Revista cubana de Endocriniología*, 1 (consultado el 30 de agosto de 2015).

LUGONES, B. M. (1999). "Climaterio, familia y sexualidad", *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*, 1999; 15(2): 134-9, 134-139. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi05299.htm (consultado el 03 de septiembre de 2015).

MARTÍNEZ, C. R. (2011). "La violencia doméstica en la mujer de la edad mediana", *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1-5.

OMS (1996). "Investigación de la menopausia en los años noventa", OMS, Serie de indormes técnicos 866, 32-36. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866_spa.pdf (consultado el 05 de marzo de 2015).

_____ (1996). *Investigaciones sobre menopausia en los años noventa*, Ginebra, Suisa, Organización Mundial de la Salud.

_____ (2009). *Definición de familia*, Nueva York, OMS.

ONU (2013). *Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es un problema de salud global de proporciones epidémicas*, Ginebra, ONU.

SUÁREZ, E. A. (1996). "La familia", *Rev. Sexol Soc*, 2-5.

UNESCO. (2009). *Ciencia, Técnologias Sociedad y Valores*, Nueva York, UNESCO.

VÁZQUEZ, M. D. (marzo de 2010). *Estudio del climaterio y menopausia*, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia A.C., 235-256.

VÉLEZ, L. (2013). "El rol del marido en la menopausia", *Diario Femenino*, 1.

Factores individuales, familiares y sociales como incidentes en el consumo de sustancias psicoactivas

Xochitl Italivi Flores Navarro, Silvia Padilla Loredo
María Luisa Quintero Soto, Elisa Bertha Velázquez Rodríguez

Introducción

En este artículo se hablará sobre el tema del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), abordando la problemática de la historia del consumo de diferentes sustancias que dan como resultado la adicción, a su vez, se hace especial énfasis en los principales modelos y teorías del consumo que nos brinda un panorama más amplio en el que se puede abordar el tema, así como los principales factores que inciden en el consumo de sustancias y los que permiten que se agrave o no.

Partiendo de la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), se señala como droga psicoactiva toda aquella sustancia química capaz de producir efectos sobre la psique. El Tribunal Supremo de Justicia de Madrid (TSJM, 2007) menciona que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central, alterando la mente y la conducta humana.

La historia del hombre y el consumo de sustancias psicoactivas

A lo largo de la historia las SPA han sido utilizadas con fines medicinales o rituales, en la actualidad su uso ha cambiado. En la Antigua Grecia, en las celebraciones de los misterios de Eleusinos en honor de Démeter, tenían lugar orgías sagradas en las que se tomaban sustancias que provocaban alucinaciones.

A pesar de lo anterior, el consumo de sustancias, debido a la exquisitez de los pueblos mediterráneos y occidentales, fue el alcohol. Éste fue utilizado

como vínculo litúrgico en la antigüedad por egipcios, griegos, romanos y hebreos. Sin olvidar que el cristianismo elevó el vino a una categoría sagrada cuando lo identificó con la encarnación de la divinidad y lo utilizó en el culto. Su uso fue extendiéndose hacia las clases populares como manera de evadir las duras condiciones de vida. Esto ocurrió con la clase trabajadora en la Revolución Industrial, así como en la Rusia zarista, donde el consumo del vodka se extendió entre los campesinos. Durante la primera mitad del siglo XIX en el Extremo Oriente se intensificó el comercio clandestino del opio. Gracias a los ingleses se introdujo y comercializó en China, los habitantes pagaron más de 21 millones de dólares a la reina Victoria por el opio que había destruido por su oposición al comercio infame de dicha sustancia, fue por este episodio que se le dio el nombre de Guerra del opio (Pinto, 1998). Asimismo, el consumo de cocaína, opio y morfina se extendió entre intelectuales y artistas, quienes lo justifican como un proceso recreativo que les permitía inspirarse e incluso llegaron a venderse como medicamentos. El aumento de la demanda de las sustancias psicoactivas tras la Primera Guerra Mundial fue tal, que movilizó a los gobiernos occidentales, gracias a esto pusieron en marcha medidas restrictivas, como la Ley Seca en Estados Unidos, entre 1920 y 1933 (Escohotado, 2008), para sorpresa de muchos, las estadísticas de aquellos años revelan que el consumo de alcohol no disminuyó, por el contrario, sólo hubo un cambio en las formas de consumo, así como en la compra y venta de este tipo de bebidas.

El consumo de sustancias siguió aumentando a lo largo del siglo sobre todo en los años sesenta y setenta. Así unido a los movimientos que reaccionaron contra los valores establecidos, como los *hippies* se extendió el consumo de sustancias, sobre todo la Dietilamia del Ácido Lisérgico 25 (LSD, por sus siglas en inglés), descubierta accidentalmente en 1943 por el alemán Hoffman, quien decía que se podría tener un efecto en la psique creando una "esquizofrenia de bolsillo" (Pinto, 1998).

A lo largo de la historia, la construcción de la aceptación del consumo de sustancias es visto con mayor auge en la sociedad, ya que el incremento a la accesibilidad a las distintas sustancias ha sido de mayor a menor edad, poco es el impacto que los programas preventivos han tenido, es preciso mencionar que los enfoques que hasta ahora se le han dado al consumo no son los pertinentes para poder obtener mejores resultados.

Modelos y teorías del consumo de sustancias psicoactivas

Las afectaciones que el consumo de sustancias ha traído a las sociedades del mundo entero ha permitido la creación de modelos y teorías que nos permiten tener un mejor panorama del tema, a continuación se mencionan algunos de los más representativos.

El modelo Evolutivo de Kandel (1975) distingue cuatro periodos en el proceso adictivo: consumo de cerveza o vino, de cigarrillos y licores de alta graduación, de marihuana y de otras drogas ilegales. Según este modelo, el alcohol es la primera sustancia de contacto y la que se consume con mayor frecuencia; después siguen los cigarrillos, a la vez que la cantidad de consumo de alcohol se incrementa; finalmente, se alcanzan diferentes SPA legales y se comenzara a usar marihuana, que sería la primera droga ilegal consumida; en algunos casos seguirían otras drogas ilegales (heroína, cocaína, etcétera).

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb se basa en la adolescencia, ante la experimentación de los roles adultos, en esta etapa se tendría dificultades para ejecutarlos apropiadamente en varias esferas de la vida.

Existen dos etapas de gran importancia para la transición de la infancia a la adolescencia y de la pubertad a la adultez temprana, ejemplo cuando se producen eventos importantes, como el matrimonio o encontrar un primer empleo.

Cuanto más temprana es la transición hacia conductas típicamente adultas en las primeras etapas de la adolescencia, el individuo se encontrará con mayores problemas, con los roles en su vida adulta: por ejemplo, el que a menor edad de iniciación al uso de drogas estará únicamente asociado con mayores problemas con el abuso de drogas cuando sea adulto (Newcomb y Felix, 1992).

Esta teoría no ha sido elaborada específicamente para conocer la etiología del uso de sustancias, sino enriquece las posibles consecuencias que puede ocurrirle al consumidor. Tomando en cuenta que existen distintos factores que contribuirán a la pseudomadurez o prematura transición a la vida adulta.

Diversos estudios han cuestionado la teoría de la pseudomadurez. Newcomb y Felix (1992) encuentran que el uso de drogas en la adolescencia temprana está asociado con la asunción temprana de los roles adultos, abandono de

las costumbres de estudiante adolescente, teniendo luego problemas con las responsabilidades adultas (mayor inestabilidad laboral, malestar emocional y problemas familiares). Este desarrollo precoz, con una correlativa falta de maduración y falta de habilidades, puede ser el responsable del consumo de drogas y de otras conductas problemáticas.

La teoría de la socialización primaria de Oetting y Donnermeyer se centra en las conductas consideradas "problemas". El consumo de sustancias es una de ellas, además, la premisa fundamental de la teoría de la socialización primaria es que "aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos, ya sea por la observación y la imitación o por prueba-error. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso y consumo de sustancias, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales; estas normas son aprendidas en el proceso de la socialización primaria" (Oetting y Donnermeyer, 1998: 998).

Desde la infancia hasta el final de la adolescencia o adultez temprana, es el periodo de mayor importancia para la socialización del individuo. El mayor riesgo de aprender normas desviadas se produce en la adolescencia. La familia es el primer elemento de socialización para el niño, en donde existen problemas que reducen la habilidad de aprender o transmitir normas prosociales, como los roles poco claros, carencia de recursos, prejuicios, etcétera.

Esta socialización es particularmente importante porque el consumo de sustancias ocurre como resultado de la socialización entre el individuo, la familia y la sociedad, aunado a esto, el estilo de vida que se adquiere gracias a la socialización se reafirma y se adopta de manera indefinida.

Estrada (2000) cita a Alfred Schütz, quien habla de la teoría de la historia de vida, utilizando como herramienta el análisis del discurso. Según él, la "vida cotidiana" es el ámbito en el cual se vive, abordando las relaciones intersubjetivas que establecen los actores sociales, interpretando la conciencia que se tiene de ese mundo. Schütz aborda el estudio del actor desde una perspectiva fenomenológica, sus trabajos estudian el problema de las relaciones intersubjetivas que establecen los actores en la "vida cotidiana" y, a través de ella, incursiona en temas que trascienden una concepción inmanentista del sujeto. La cual se encuentra inscrita en un marco sociohistórico cultural

concreto que se transforma interpsicológica e intrapsicologicamente a lo largo de la historia de vida.

Tomando en cuenta a Bandura (1987), la influencia de los principales referentes de conducta son la familia y los amigos, teniendo un impacto en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos, esto explicando los efectos que el modelo tiene en la conducta de consumo, pudiendo instaurarla, reforzarla o eliminarla, justificando en el ámbito social al consumo. Estudios recientes han descubierto una relación positiva entre el consumo de alcohol en los adolescentes y el de sus amigos, hermanos y padres, por este orden. A su vez, Espada (2008) detecta la influencia de los hermanos y los amigos en torno al consumo de alcohol, solo por diversión y aceptación.

La teoría cognitiva social formulada por Bandura (1987) proporciona una caracterización de los factores, tanto internos como externos, que influyen en los procesos de aprendizaje. La representación cognitiva social del aprendizaje parte de un modelo de determinación recíproca entre el ambiente, la conducta y los factores personales (cognitivos, emocionales, etcétera). Al hablar de "reciprocidad triádica" hace referencia: a los comportamientos que dependen de los ambientes y de las condiciones personales. Éstas, a su vez, de los propios comportamientos y de los contextos ambientales, los cuales se ven afectados por los otros dos factores. Esta teoría ha acentuado la importancia del aprendizaje por observación. En todas las culturas, los niños obtienen y modifican patrones complejos de comportamientos, conocimientos y actitudes a través de la observación de los adultos.

Bandura menciona que "afortunadamente, la mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado" (1987: 68). Afortunadamente, porque si las conductas se adquiriesen solo por procedimientos de ensayo directo/error, los procesos de desarrollo se verían retrasados y estarían muy expuestos a las posibles consecuencias adversas de los errores propios. El aprendizaje observacional acelera y posibilita el desarrollo de mecanismos cognitivos complejos y pautas de acción social.

Si bien en todas las culturas la mayoría de las conductas se adquieren por observación y modelado más que por ensayo y error, son variables los tipos de patrones comportamentales que se hacen susceptibles de observación a los niños. Así, en sociedades como las de los Lesu, los niños pueden observar todos los aspectos de la vida adulta: acompañan a los adultos en el trabajo,

los escuchan cuando cuentan historias escandalosas, observan su conducta sexual que pueden imitar libremente (Bandura, 1987).

Centrados más "en el individuo", se refieren tanto a las características del sujeto como a los procesos internos, y determinan una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de SPA. Los factores sociales son complejos, interactivos y difíciles de separar.

Es preciso tomar en cuenta las teorías y los modelos antes mencionados, ya que los programas preventivos deben ser enfocados a las construcciones sociales del consumo y el impacto que tiene la socialización y la aceptación del consumo de sustancias desde la infancia.

Autores como Varela *et al*. (2007) elaboraron un estudio con el objetivo de describir el consumo de SPA ilegales en jóvenes y los factores psicosociales de riesgo y de protección asociados, donde participaron 763 estudiantes (46.5 por ciento hombres y 52.4 por ciento mujeres) de una universidad privada de Cali (Colombia), quienes abordaron el cuestionario de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Los resultados mostraron que la marihuana fue la droga de mayor consumo, y que existe una fuerte asociación entre el consumo de las cuatro SPA ilegales (marihuana, opiáceos, cocaína y éxtasis) y los factores psicosociales de riesgo y/o protección, principalmente, las habilidades de autocontrol, los preconceptos y valoración de las SPA, la relación con personas consumidoras y los comportamientos perturbadores.

Ramis y Sotolongo (2009) mencionan que dentro de estos factores se puede diferenciar el nivel microsocial y macrosocial. El nivel microsocial hace referencia a aquellos contextos inmediatos en los que el sujeto participa directamente; la familia, el grupo de iguales y la escuela. Englobaría las relaciones con los demás, los modelos de comportamiento a que debe ajustarse el individuo, etcétera. El nivel macrosocial agruparía los factores de riesgo externos al individuo, de carácter socioestructural, socioeconómico, sociocultural, que condicionan la calidad de vida e influyen en la conducta adictiva convirtiéndola en un proceso no estático.

Dicho lo anterior, es necesario mencionar algunas investigaciones que describan de dicha problemática.

Díaz *et al*. (2012) estudiaron el vínculo del comportamiento transgresor y el consumo de SPA, ya que ha establecido una posible relación causal, sin que hasta la fecha se haya llegado a conclusiones definitivas. El objetivo que

se planteó en el estudio fue conocer la edad de inicio al consumo de algunas sustancias, tanto legales como ilegales, dentro de una muestra penitenciaria, separando ésta por el número de ingresos penitenciarios. Participaron 157 reclusos de la cárcel de Villabona (Asturias), de edades que abarcaban desde los 19 hasta los 49 años, solamente el 5.1 por ciento eran mujeres. El número de ingresos en prisión se clasificó en dos grupos: primarios (una sola entrada en la cárcel) y reincidentes (dos o más ingresos). El análisis de supervivencia, realizado mediante el procedimiento Kaplan-Meier, ofreció diferencias significativas en la edad de inicio del consumo en algunas de las sustancias consideradas, resaltando la importancia del inicio precoz en el consumo para identificar la población reclusa reincidente.

Toquero y Salguero (2013) desarrollaron un estudio sobre el uso de SPA, desde el construccionismo social, que implicaba comprender cómo se articulan los conceptos y las prácticas. El objetivo del trabajo fue conocer los significados de ser hombre, en un usuario de SPA. Se empleó una metodología cualitativa, a través de la historia de vida se realizó un análisis narrativo en cuatro ejes: consumo de SPA en la familia y entorno, vida emocional, contexto de pares y relación con la figura femenina. Los resultados mostraron que el uso de SPA en la familia y el entorno es una práctica que se "naturaliza" en la vida cotidiana; en la vida emocional, es un medio para evitar el sentimiento de vulnerabilidad como hombres; en relación con los pares es un recurso para obtener reconocimiento, y con la figura femenina representa un medio de control. Desde una perspectiva de género, el uso de SPA significa ser hombre, asumir el control y poder.

Análisis existentes sobre los efectos de las SPA en los consumidores

Existe una amplia gama de factores que deben tomarse en cuenta para explicar la iniciación en el consumo de SPA, ya que aportan información sobre el mayor o menor riesgo de consumir determinadas sustancias en la adolescencia y que se agravaran en la etapa adulta. Un estudio detallado de los mismos nos ayudará en la comprensión de dicho fenómeno, Kandel (1975) menciona que la influencia social de la familia y los iguales tienen mayor relevancia en el consumo en las primeras etapas, mientras que los factores individuales pesan más en las últimas o en la etapa adulta.

Diversos autores enlistan una serie de características de un consumidor, tales como: el deseo incesante de continuar consumiendo (hábito de dependencia). La tendencia a aumentar el consumo, ya que el efecto no es el mismo, la disminución del efecto que provoca la SPA hace necesario su uso prolongado.

En el consumo de SPA puede observarse una secuencia de desarrollo bastante definida, estas etapas son el resultado de la interacción entre los factores individuales, familiares y sociales que favorecerán la progresión en el consumo a una edad adulta. Sin embargo, el aumento de estos estadios no implica que el sujeto consuma una determinada sustancia, y con esto deba necesariamente consumir la siguiente, sino más bien que los individuos que se encuentran en una determinada etapa han consumido las sustancias que conforman las fases anteriores. El consumo de una SPA situada en los primeros estadios es una condición necesaria, pero no suficiente para el agravo del consumo.

La manera más común del consumo de marihuana es la inhalación en cigarros (carrujo), o vía oral, ésta se espolvorea en la comida o en infusiones como té. El hachís es la forma más concentrada de la hierba, ésta es aplicada de manera directa en el cuerpo, relajando los músculos (Morán, 2013), el Delta 9 Tetrahidrocanabinol o THC, es la sustancia activa y se encuentra en todas las variedades, produce cambios psíquicos, sociales y químico-biológicos en el cuerpo.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) menciona que el 80 por ciento de los consumidores de drogas ilícitas utiliza la marihuana. Al menos 1.5 por ciento de los hombres mexicanos entre los 12 y 65 años aceptó haberla consumido, de los 18 a los 34 años, no importando sexo, es la edad en la que más se utiliza esta sustancia.

El jefe del laboratorio de medicamentos en la Facultad de Medicina de la UNAM, menciona que la marihuana funciona como analgésico y ayuda a sobrellevar de la mejor manera la vida de los enfermos terminales y la de aquellos que tienen sufrimientos físicos o mentales, a su vez menciona que fumarla provoca un efecto relajante, sin embargo, el consumo de esta sustancia antes de los 21 años edad, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades mentales.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS), al considerar el dolor un problema de salud pública, diseñó un método efectivo y sencillo para el manejo del dolor denominado "La Escalera Analgésica". Ésta consiste en uti-

lizar analgésicos de acuerdo con la intensidad del dolor: a medida que el dolor aumenta, aumenta también la potencia del analgésico hasta llegar a los opioides potentes. Se estima que entre el 70 y el 80 por ciento de los pacientes con dolor pueden tener alivio si se siguen las recomendaciones de la OMS. La disponibilidad de opioides y el acceso a ellos son, por lo tanto, fundamentales para el tratamiento del dolor moderado a severo, tanto oncológico como no oncológico, y en todas las edades. Sin embargo, la falta de conocimiento acerca de la farmacología, los mitos con respecto a la adicción y los miedos acerca de los efectos adversos, así como las leyes extremadamente restrictivas son algunas de las causas por las cuales la prevalencia del dolor sigue siendo excesivamente alta (OMS, 2014).

Factores de resistencia del individuo y formación de la personalidad en los consumidores

En la historia, la imagen que se ha formado del hombre y la justificación que se le ha dado al consumo de SPA es porque forma parte de su personalidad, por esto el interés no es casual que se tiene en torno al individuo, sino que se fundamenta por el proceso de regulación y autorregulación de su comportamiento.

Entre los primeros estudiosos de este tema se encuentra William James, quien denominó "yo" a dicha formación, concibiendo su organización en distintos niveles jerárquicos: lo material, lo social y lo espiritual (Viqueira, 2007). Este autor señaló el estrecho vínculo que existe entre personalidad y autoconciencia, y asumió una posición esencialmente funcionalista. El papel del "yo" lo interpretó desde la perspectiva del proceso de adaptación del individuo a su medio, evadiendo el análisis de sus características internas. Sigmund Freud refiere que el "yo" constituye un mediador entre las fuerzas contrapuestas del ello, el super-yo y la realidad. Su función principal es adaptativa pues el "yo" debe "manejar" las relaciones entre los restantes estratos de la personalidad y el medio en el que se desenvuelve, apoyándose en los mecanismos de defensa. El psicoanálisis clásico sitúa el consumo de sustancias como causa principal del conflicto entre los impulsos internos y las presiones externas.

En este desarrollo, se produce con una secuencia y vulnerabilidad predeterminadas y se ve contrapunteado por la influencia que ejerce la realidad social sobre el individuo. Desde una percepción psicodinámica que se aparta

del psicoanálisis, es preciso mencionar a Kurt Lewin y Joseph Nuttin como teóricos de la motivación que destacaron el papel de los factores psicológicos, internos.

Arnoletto (2007) cita a Kurt considerando el comportamiento como resultado de la forma en que el sujeto percibe su relación con el medio que lo rodea, por lo que su explicación debe realizarse en términos de "sistema de tensiones" y "valencias del objeto". Su punto de partida es la experiencia del individuo, el aspecto interno o subjetivo de su conducta. Dicha acción revela el interés sociológico por la noción del nivel de aspiración, es decir la posición futura que un hombre se siente capaz de alcanzar o emprender una nueva actividad. Resultan interesantes sus observaciones sobre las modificaciones que sufren esas aspiraciones sobre la marcha, a medida que se experimentan triunfos y fracasos, según las diversas configuraciones psicológicas, afectando algunas esferas sociales del individuo.

El espacio vital del hombre está dividido en "regiones", que son áreas situacionales diferenciadas, que van emergiendo al nivel de la conciencia a medida que el hombre se desarrolla. Esas regiones psíquicas están vinculadas y a la vez separadas entre sí por fronteras, que eventualmente pueden convertirse en barreras.

Reconociendo las diferentes interpretaciones, algunas de las cuales enfatizan en su carácter estructural mientras otras destacan su papel regulador del comportamiento y también aquellas aproximaciones que proponen concebirla como unidad de contenido y función, se trata de designar una formación sociológica esencial para caracterizar la capacidad de autoconocimiento y autorregulación que distingue al hombre como sujeto de su comportamiento e incluso algunos destacan su función autoeducativa, de autoperfeccionamiento.

En cuanto a los determinantes de su desarrollo, encontramos la clásica dicotomía que ha prevalecido en la psicología al explicar este proceso: lo biológico o lo social, lo interno o lo externo, como factores que se contraponen o que se subordinan unos a otros, siempre en la misma dirección.

La interpretación psicoanalítica aboga por lo interno, enfatizando en aspectos biológicos; la corriente humanista también destaca lo interno, en particular lo psicológico desde un enfoque sociológico, aún conscientes de la mediatización que imponen las condiciones internas a las influencias externas, la tendencia principal ha sido privilegiar el papel de lo social ante lo biológico y lo psicológico (Arnolleto, 2007).

Estas concepciones alertan sobre la importancia de los diferentes factores que inciden en el consumo de sustancia psicoactivas, razón por la cual es importante el estudio desde un enfoque biográfico prospectivo, que de voz al individuo.

Conclusiones

En este artículo se hace énfasis en dar un panorama general de cómo se ha abordado el tema de las adicciones, centrándose en describir el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas y los factores que inciden en dicha problemática.

Durante el desarrollo de la búsqueda de información para esta investigación, se encontraron aspectos relevantes sobre el tema, tomando en cuenta la escasa existencia de investigaciones sobre el mismo y por lo tanto de bibliografía. Es importante recalcar que la mayoría de los estudios de este tipo se han realizado analizando las formas de consumo y los tipos de consumo. También se hace un énfasis en las limitaciones que existen para explicar la situación actual, ya que es difícil tener conocimiento de los casos de hombres adultos (mayor a 50 años) que tengan un consumo de sustancias crónico o considerado como drogodependencia.

La investigación se enfrenta con problemas muy particulares, cuyas características no pueden ser estudiadas a partir de la limitada información que publican o proporcionan las instancias gubernamentales, encargadas de recopilar los datos requeridos para el conocimiento de la realidad, haciendo énfasis en la problemática que parte desde un enfoque social, en donde el sociólogo de la salud dé una visión biopsicosocial, que le permita no sólo la parte biológica sino que también englobe la parte cultural y explique cómo repercute desde la parte social.

Fuentes consultadas

Arnoletto, E. (2007). *Curso de Teoría Política*. Disponible en www.eumed.net/libros/2007b/300/

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción, fundamentos sociales*, Barcelona, Martínez-Roca.

Díaz, F. *et al*. (2012). "Consumo de sustancias psicoactivas y delito: análisis de la relación entre edad de inicio y reincidencia", *International Journal of Psychological Research*, vol. 5 (2), 58-65.

ENA (2011). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas*, México, Secretaría de Salud Pública.

Escohotado, A. (2008). *Historia general de las drogas*, Madrid, Espasa.

Espada, J. P.-F. (2008). *Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol en adolescentes*. Psicothema, 531-537.

Estrada, S. M. (2000). "La vida y el mundo: distinción conceptual entre mundo de vida y vida cotidiana", *Sociología*, 103-151.

Kandel, D. (1975). "Stages in adolescent involvement in drug use", *Science*, 912-914.

Morán, E. (19 de febrero de 2013). *Las dos caras de la mariguana: efectos adversos y medicinales*. Disponible en http://ciencia.unam.mx/leer/167/Las_dos_caras_de_la_mariguana_efectos_adversos_y_medicinales (consultado el 05 de septiembre de 2015).

Newcomb, M. y O. Felix (1992). "Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: cross-sectional and protective findings", *Journal of personality and socila psychology*, 96-280.

Oetting, E. R., y J. F. Donnermeyer (1998). "Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance I", Substance Use & Misuse, 995-1026.

oms (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*, Madrid, Organización Mundial de la Salud.

Ramis, R. y P. Sotolongo (2009). "Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud", *Revista Cubana de Salud Pública*, 65-77.

Toquero, H. M. y V. M. Salguero (2013). "Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas", *Revista de estudios de género. La ventana*, vol. 38 (4), 372-404.

tsjm (2007). Poder Judicial España. Disponible en http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Justicia-y-Discapacidad/Documentos-de-interes/Publicaciones/Los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad (consultado el 14 de agosto de 2015).

Varela, A. M. *et al*. (2007). "Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes:factores psicosociales asociados", *Pensamiento Psicológico*, vol. 3 (8), 31-45.

Viqueira, V. (2007). *La psicología contemporánea*. Disponible en http://www.e-torre debabel.com/Psicologia/Psicologia-Contemporanea-Viqueira.htm (consultado el 07 de agosto de 2015).

La aproximación biográfica como estrategia del análisis del *bullying*, un problema social que afecta a la salud de los estudiantes de secundaria

Yeny Jaqueline Díaz Cornejo, Rafael Alberto Durán Gómez
Silvia Padilla Loredo, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa

Introducción

El tema del *bullying* resulta ser estudiado en diferentes ámbitos, sin embargo, con base en estudios como el del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014), revela que al menos el 90 por ciento de la población estudiantil a nivel secundaria ha sufrido algún tipo de discriminación dentro de la escuela, aunado a que el 43.2 por ciento de los docentes se han percatado directamente de este tipo de fenómeno; en dicho informe se hace hincapié a que en las escuelas se debe de generar un clima de respeto y tolerancia ya que son el principal formador de profesionistas del futuro. Por otro lado, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), menciona que México ocupa el primer lugar en *bullying* en secundarias, a nivel internacional, en donde las edades que abarcan son entre los siete y los 14 años (Delgadillo, Argüello, 2013), lo que genera una gran preocupación debido a sus consecuencias tan severas. Con relación a las escalas tan alarmantes se tiene la necesidad de implementar estrategias que ayuden a la disminución de la problemática.

Se menciona que el *bullying* es uno de los principales problemas en la adolescencia que tiene como consecuencias la deserción escolar, la depresión en los adolescentes, entre otros, sin embargo, todas estas estadísticas se brindan a partir de programas practicados, en donde se estudia el *bullying* como un fenómeno en conjunto (agresor y agredido), y no por separado para persuadir donde surge el problema.

Para generar dichas estrategias de intervención que sean innovadoras, se requiere de estudios donde se realice un análisis multifactorial de los elemen-

tos socioculturales que detonan el *bullying* en los agresores, agredidos y observadores, por lo cual por medio de la técnica de aproximación biográfica permite conocer las condiciones en las que se desarrolla el estudiante y se darán a notar cuáles son sus experiencias vividas de violencia a lo largo de su vida.

La investigación cualitativa en las ciencias sociales es una gran brecha de oportunidades para profundizar en temas específicos, como el *bullying* mismo, tema que además de aproximarnos con la oralidad del estudiante, se tiene la oportunidad de obtener algunos métodos escritos. Uno de ellos es la aproximación biográfica, la cual permite obtener el testimonio oral de la persona a investigar, datos relevantes que ayudarán a sacar conclusiones así como brindar y profundizar en los significados "subjetivos".

La aproximación biográfica es una técnica donde el protagonista es el "sujeto" de estudio, el cual nos brinda su testimonio de manera oral y cuyo objetivo principal es reconstruir los episodios de su vida que han sido representativos para el tema específico. Sin duda alguna nos permite conocer aspectos socioculturales como el cambio social, los procesos y las relaciones familiares, así como la influencia de éstos en su trayectoria de vida (Sanz, 2005).

Además nos brinda elementos para enfrentar y comprender los fenómenos sociales, la cual es considerada como una técnica de aprendizaje, en donde se analizan los hechos con profundidad donde la razón son los hechos del individuo (Correa, 1999). Las características éticas a utilizar deben estar fundamentadas y sustentadas por el sujeto, en donde las relaciones que se vinculen sean de gran respeto y cordialidad entre el entrevistador y el entrevistado.

Por otro lado, para efectos del presente artículo, se toman fuentes inmediatas al tema y sobre todo a las instituciones cercanas de la educación básica, como es la Secretaría de Educación Pública (SEP), dicha institución tiene programas destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la violencia escolar, uno de estos programas vigentes llamado "Contra la violencia, eduquemos para la paz. Por ti, por mí y por todo el mundo" muestra un abordaje de la violencia, el cual se presenta como el detonante principal del acoso escolar. Pero este comienzo "cuantitativo" de la investigación en donde el estudiante es observado como estadísticas del *bullying* y no como un ser en el que el entorno social influye para dicho comportamiento, sólo servirá para aproximarnos al entorno.

La violencia escolar y sus consecuencias: *bullying*

La violencia siempre ha estado presente en la existencia humana, sus consecuencias se pueden ver bajo diversas formas en todas partes del mundo, ya que de acuerdo con el Informe sobre la Violencia y Salud (2002) cada año más de 1.6 millones de individuos pierden la vida y muchas de ellas sufren lesiones como resultado de la violencia física, interpersonal o colectiva. En conjunto, es una de las principales causas de muerte a nivel mundial.

Para el caso mexicano, que no es la excepción, se observa que a diario la violencia es ejercida en disímiles grupos de edades, claro ejemplo es el *bullying* que se ejerce en la educación secundaria, misma en la que se ven inmersos ambos géneros, la condición social, entre otros aspectos. Reconociendo que las mujeres también ejercen violencia y no como anteriormente se entendía que la violencia era ejercida de parte del hombre hacia la mujer, del "fuerte" al "débil". Hoy en día el contexto indica que las mujeres ejercen violencia hacia los hombres de manera inconsciente resaltando en ellas el maltrato físico, hasta el uso de palabras altisonantes, y la violencia psicológica, entre otras formas. Aunque este problema puede ser recíproco en ambos sexos, ya que hablando de géneros, con los movimientos feministas la mujer ha tomado gran control sobre sus actos lo que conlleva a prácticas más equitativas y a no dejarse manipular por el género masculino.

La violencia (como fenómeno), no es propia de una sociedad en específico ni género, religión, región o bien de algún grupo social o escolar. Se manifiesta con características diferentes dependiendo de la población, grupo social, clase y género, y ésta es aplicada desde una representación histórico-social. Se corrobora que se encuentra ligada con los procesos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, jurídicos y culturales. Sucesivamente, investigaciones como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) refieren que el primer problema mundial que debe enfrentarse la población durante el siglo XXI es la violencia, la cual es una problemática que se ha incrementado a diario y una de las formas más frecuentes de solucionar conflictos entre las personas.

Desde principios de los años ochenta, la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la prevención de la violencia ya que esta problemática se ha visto como un problema de salud pública, por lo que se ha requerido del apoyo de una pluralidad de profesionales, investigadores, sociólogos y Sistemas

de Salud Pública con el fin de vislumbrar las raíces de la violencia y su prevención.

Ante este panorama integral de la violencia en donde organismos internacionales han preocupado por entender dicho fenómeno, se deben plantear los conceptos y las diferentes formas que ésta adopta con el fin de comprender su aproximación científica. Hay muchas maneras posibles de definir la violencia, por ello se ha retomado la definición propuesta por la OMS.

El uso intencional de la fuerza o el poder físico ejercido, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 1996).

Esta problemática está latente en mujeres, niños, adolescentes y adultos mayores, dando lugar a complicaciones físicas, psíquicas y sociales que, ineludiblemente no desembocan una lesión, invalidez o muerte, pero estas consecuencias pueden ser latentes, y durar por muchos años después del maltrato inicial. Por lo tanto, es necesario establecer resultados que permitan atender de forma exclusiva al efecto global de la violencia en las personas, comunidades y sociedad en general, en donde existan resultados significativos en su reducción. Ante esta reflexión, es importante comprender para atender las causas de la violencia y elaborar programas de prevención hacia una vida libre de violencia.

Causas que intervienen en el desarrollo de la violencia

Se han propuesto algunos factores de manera general para deducir y explicar con mayor claridad la aparición de las conductas antisociales y trastorno de conducta en los jóvenes (social, psicológico y biológico). Sin embargo, ninguna teoría ha brindado resultados satisfactorios de la aparición de la violencia o de la conducta antisocial humana (Greydaunus *et al.*, 1997). Algunos de los factores que se ven inmersos son el entorno familiar y el estilo educativo de los padres, ya que son dos dimensiones generales que intervienen en la condición formativa de los adolescentes: el afecto y el control de los padres en casa son agentes que pueden combinarse entre sí.

A continuación se refieren, de acuerdo con Foster (1988), cuatro aspectos fundamentales del desarrollo de la violencia en el adolescente en donde se

centran prioritariamente en las consecuencias de la falta de valores y de relación familiar:

1. Un estilo educativo sin afecto, es decir, una formación autoritaria, pero aun cuando ésta es negligente (con poca demostración de cariño, control finalmente poco implicados en la educación de sus hijos), lo cual favorecerán una conducta agresiva.
2. El estilo complaciente (con amor, pero sin control) estimula a que el adolescente tenga una conducta inmadura e impulsiva encaminándolo hacia la frustración y favoreciendo una conducta agresiva.
3. Los padres con ascendencia en violencia, derivando un afecto recíproco y un estilo de vida carente de comunicación en el adolescente.
4. A diario publicidad violenta en sus pantallas de televisión y programas encaminados hacia asesinatos, crimines y balaceras. Debido al bombardeo de información violenta en los medios masivos de comunicación la violencia ha ido multiplicándose.

De acuerdo con lo expuesto, las características de los padres influyen en los hijos, ya sea adoptando conductas negativas o positivas con normas y metas, pero a la vez mostrando respeto y aceptación del adolescente. Igualmente, la violencia en cualquiera de sus dimensiones, tanto la física como la psíquica o emocional, y el sexual, favorecerá la intimidación en el adolescente. Por lo que se considera que los factores socioculturales son de gran importancia para que el alumno presente conductas violentas en el aula y, aunado a ello si el alumno presenta malos tratos e incluso violencia y discriminación en casa, las mismas conductas las presentará en el aula para sentirse con poder.

Los factores sociales favorecen, en cierta manera, al desarrollo de la violencia del adolescente, aun cuando estos aspectos son relevantes en el entorno en el que se desarrolla, como por ejemplo aquellas familias que pertenecen a un bajo nivel socioeconómico y cultural, el hecho de vivir en zonas urbanas, sobre todo en barrios con elevada delincuencia o tener amigos delincuentes.

Otras veces se llega a dicho fenómeno por problemas psicológicos o un desajuste de la personalidad. Es decir, cuando el adolescente quiere hacer daño conscientemente para sentirse mejor. Este suceso es verdaderamente peligroso, el joven se encuentra sumergido en un ciclo de violencia. Durante

nuestra revisiones teóricas, Díaz-Aguado *et al.* (2004) manifiestan que este tipo de riesgos está presente durante la adolescencia temprana que en edades posteriores.

Otro de los factores que conlleva al desarrollo de la violencia son las altas concentraciones de pobreza, un porcentaje muy elevado en transitoriedad y familias en discontinuidad, el bajo nivel de cooperación comunitaria, de formación social y la exhibición de la violencia ante la comunidad, derivando a su vez el aumento de la violencia de pareja (Malik *et al*., 1997), lo que da como resultado conductas de control y de empoderamiento de las personas, lo que genera un ambiente de violencia psicológica en el ámbito familiar lo que provoca grandes conflictos con los hijos.

Coexistimos en un ambiente en el que a diario nuestros adolescentes se encuentran inmersos a nuevos cambios sociales, transformando su manera de pensar, de actuar y en especialmente en su comportamiento en el aula, al sentirse libres y sin ninguna regla que impongan sus familiares (padres de familia) (Price y Byers, 1999).

En México a diario existe una gran preocupación nacional de la dimensión de la violencia en los diferentes grupos de edades, entre ellos los adolescentes violentos y el aumento de conductas violentas (*bullying*). En pleno siglo XXI ha ido creciendo extensamente este problema, cada vez a edades más tempranas, causando graves problemas difíciles de afrontar en la sociedad y a nivel familiar.

Se puede manifestar que los adolescentes violentos o agresores son aquellos que no se someten a las normas, y presentan actos vandálicos, intolerantes e inconformistas. En su gran mayoría de estos jóvenes que se encuentran estudiando originan grandes disturbios y en ocasiones amenazan a sus compañeros. Algunos de estos adolescentes llegan a integrarse en peleas, siendo parte de las pandillas o agrediendo físicamente por medio de golpes o incluso haciendo uso de armas, causando daños físicos o psicológicos. En este caso pasan de ser adolescentes violentos a convertirse en un futuro delincuente, según Smith y Thornberry (1995) citados por Vázquez (2003) indican que "los jóvenes pertenecientes a familias no violentas representan un 38 por ciento de la delincuencia, por otro lado, los jóvenes que han presenciado al menos dos tipos de violencia familiar representan el 73 y el 78 por ciento de esta delincuencia por los que son expuestos a tres tipos de violencia en casa".

Aproximaciones teóricas del bullying

Una vez haciendo un bosquejo a diversas investigaciones efectuadas en el ámbito educativo sobre la acoso escolar o *bullying* en los jóvenes, se observa que han aumentado numerosos estudios de los factores de riesgo que intervienen en los adolescentes por ser más vulnerables a la victimización y a la realización (Díaz-Aguado, 2002; Díaz-Aguado y Martínez, 2002; Greytak, 2003, Anderson y Whiston, 2005). Estos factores de riesgo (desintegración familiar, pobreza, drogadicción, entre otras) están asociados con un acrecentamiento de la probabilidad de recibirla o incidir, y es importante tener en cuenta que aunque se correlacionan con la violencia no tienen por qué ser detonantes para presentarse nuevamente.

Se ha logrado captar la magnitud del problema en torno a las principales modalidades de violencia en las escuelas, por lo que se ha denominado a la intimidación con el término inglés *bullying* (derivado de *bull*, matón) y reflejan que dicha violencia está determinada por las siguientes características:

a) Suele incluir conductas negativas, como las burlas, intimidaciones, lesiones físicas e insultos.
b) Se desarrolla la violencia durante cierto tiempo.
c) Se ejerce un abuso de poder ante la víctima que se encuentra indefensa.
d) Existe una pasividad en las personas que rodean a los agresores y a las víctimas sin intervenir directamente (Ibarrola y Iriarte, 2012).

Ante esta óptica, la violencia se origina con mayor frecuencia dentro del núcleo familiar, en la sociedad y en la escuela (Olweus, 1993).

Se puede establecer que el *bullying* es un suceso social que transciende a diario. Es importante especificar que ninguna sociedad está ausente de presenciar cualquier tipo de violencia, es decir, dicho fenómeno ha cruzado diferentes fronteras, culturas o estados, estatus social, religión o nivel académico. El acoso escolar es un acto infligido contra los adolescentes, es un obstáculo para su plena incorporación al desarrollo económico y social, y para el logro de sus objetivos que van en caminados a tomar el poder o el control del aula de clase.

Existen diversas tipificaciones de *bullying*, las cuales nos sirven para obtener un panorama más amplio a lo que algunos autores nos mencionan respecto al fenómeno, que a continuación citamos algunos de ellos que se

consideran los principales para dicha investigación, ya que nos brindan conceptos más amplios:

Según Avilés (2010) en su obra *Éxito escolar y ciber bullying* menciona que "*bullying* proviene del inglés *bully* que significa matón o bravucón (intimidación, aislamiento, la amenaza y los insultos)". Para la SEP (2011) en su libro de *Estrategias de intervención para la atención a la diversidad en el marco de la convivencia escolar* se define como "la conducta de persecución física o psicológica que realiza el alumno o la alumna contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios". Y por último Olweus en su obra *Acoso escolar, bullying en las escuelas, hechos e intervenciones* menciona que el *bullying* es cuando "un estudiante es acosado o victimizado cuando está expuesto de manera repetitiva a acciones negativas por parte de uno o más estudiantes". Con estos conceptos mencionados se puede observar que el *bullying* son las actitudes que toma un alumno o alumna en contra de otro/a para obtener el poder de alguna situación, estas agresiones deben ser en repetidas ocasiones para que se denomine *bullying*, de los contrario se menciona como violencia escolar.

Sin embargo, existen formas de realizar actos violentos inconscientemente, por lo que se abre el panorama para deducir y determinar qué tipo de agresiones está causando a sus compañeros. A continuación, se exponen los principales tipos de violencia que son encontrados en el aula.

Tabla 1
Tipos de violencia

	Directa	*Indirecta*
Física	Dar empujones	Robar objetos de uno
	Pegar	Romper objetos de uno
	Amenazar con armas	Esconder objetos de uno
Verbal	Insultar	Hablar mal de uno
	Burlarse	Difundir falsos rumores
	Poner trabas	
Exclusión social	Excluir del grupo	Ignorar
	No dejar participar	Menospreciar

Fuente: Collelli, J. y C. Escudé (2006).

Considerando estos conceptos, la propuesta del presente artículo consiste en retomar en las propias palabras de los estudiantes, el origen del acoso

escolar en la práctica cotidiana, además del impacto y la poca eficiencia de los programas implementado desde las instancias oficiales, un ejemplo de las consecuencias de la violencia es la deserción escolar ocasionada por el *bullying*, además de depresión o baja autoestima en los jóvenes, entre otros problemas tanto sociales como de salud.

Modelos para el estudio del *bullying*

De acuerdo con Montañés *et al.* (2009) la prevención e intervención del *bullying* están dirigidos a una sola dimensión del problema y no son atendidas a las víctimas y a los agresores como un fenómeno grupal que ampara las agresiones lo que provoca un tedioso clima de convivencia del centro educativo, además de que menciona que la implicación de los profesores y de las familias es clave para el buen funcionamiento del programa a implementar. Sin embargo, al realizar una indagación por los diversos programas y modelos de atención y prevención del *bullying* se observa que existen estrategias que atienden a la problemática de una manera integral, sin embargo son superficiales ya que se enfoca al problema en general y no a la visión de cada uno de los partícipes del fenómeno.

A continuación, se mencionan algunos modelos de atención para el *bullying*, como lo es el de Varela *et al*. (2009) en donde nos menciona que se le da mayor peso para resolver el conflicto al sistema educativo, conformado por los profesores, los padres de familia y los alumnos, sin embargo, es un modelo con poco éxito ya que al trabajar con los tutores de los alumnos no se obtuvo la participación deseada provocando el fracaso de dicho programa. Así como el modelo ecológico, que al analizarlo presenta características generales que abarcan la mayor parte de factores que podrían presentarse en un estudiante bulleador.

Investigaciones del *bullying* a nivel internacional y nacional

Realizando un bosquejo respecto a las intervenciones a nivel mundial respecto al *bullying*, se observa que la mayoría de países implementan estrategias para su disminución, sin embargo, todos los programas han tenido resultados poco reveladores; en la tabla 2 se muestran algunos de los programas establecidos en algunos países y su resultado obtenido.

Tabla 2
Programas para la disminución de *bullying* a nivel mundial

Programa	*Autores*	*País*	*Modelo*	*Resultados*
Anti-Bullying Program of Schleswing-Holstein	Hanewinkel y Knaak (1997)	Alemania	Bergen	Escasa reducción de la victimización en primaria y leve aumento en secundaria
Styria-Austria Anti Bullying Program	Atria y Spiel	Austria	Cognitivo-conductual	No se encontró reducción
Flanders Anti-Bullying Program Stevens, 2000	Adaptación de Bergen y Sheffield	Bélgica	Reducción de victimas en primaria	Sin reducción en secundaria
Toronto Anti-Bullying Intervetion Program	Pepler, 1994	Canada	4 niveles: familia, centro, aula, individual	Modesta reducción de la victimización
Anti-Bullying Program of South Carolina	Melton, 1989	Estados Unidos	Bergen	Reducción a nivel de agresión sin cambio de nivel de victimización
Expect-Respect Elementary School Proyect USA	Sanchez *et al.*	Estados Unidos	Formación Equipos directivos, de la familia, orientación, actividades de aula y whole police	Incremento de conciencia sobre importancia de la violencia escolar y la necesidad de intervenir a nivel de centro. Tendencia a asumir personalmente la lucha contra la violencia
Helsinki-Turku	Salmivalli *et al.*, 1996	Finlandia	Multinivel	Reducción de victimización y agresión en los últimos años de primaria
Bern-Kindergarten Prevention Program	Alsaker y Valkanover, 2001	Suiza	Focalizado en docentes	Reducción de agresión física e indirecta pero aumento de agresión verbal

Fuente: Ortega, 2006 (citado por Jiménez, 2007).

En esta tabla se observa que ningún programa ha tenido una disminución considerable, ya que cada uno contempla aspectos diferentes, lo que provoca que los resultados se vean sólo en una parte de la población, sin embargo, si hubieran programas que abatieran con los aspectos particulares de cada uno, tal vez sería la solución para la reducción del *bullying*.

Por otro lado, a nivel nacional según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2007), en las investigaciones a nivel secundaria se encuentra que:

- El 15.3 por ciento ha sido víctima de una o más agresiones físicas en lo que va de su vida escolar. El agresor o los agresores fueron compañeros y compañeras de clase.
- El 5.1 por ciento ha sido víctima de acoso sexual en su experiencia escolar. El acosador o acosadora fue un compañero o compañera de clase.
- El 20.2 por ciento reconoce haber agredido a algún compañero de clase.
- El 4.3 por ciento de los escolares reconoce haber acosado sexualmente a un compañero o compañera de clase.

Se puede observar que debería existir una gran preocupación por los casos detectados de *bullying*, sin embargo existe la otra parte de estudiantes que no denuncian el fenómeno por miedo e intimidación por alguno de sus compañeros y sobre todo si es acoso sexual, por lo que resulta muy importante tener las estrategias necesarias para identificar estos casos.

Otra fuente importante es la Encuesta Nacional de Vivienda (2013), la cual menciona que el 55 por ciento de los padres de familia considera que los abusos realizados son parte de un patrón social, el 30 por ciento que son casos aislados y el 15 por ciento de los papás no saben a qué se debe el comportamiento de sus hijos. En cuanto a la pregunta ¿quiénes son los responsables para solucionar los casos de abuso en las escuelas?, el 34 por ciento respondió que a todos, el 24 por ciento a los padres de familia, el 18 por ciento a las autoridades escolares, el 17 por ciento a los maestros, el 4 por ciento a los alumnos y el 3 por ciento no sabe. Es interesante observar que el porcentaje de padres de familia que contesta que la responsabilidad es compartida y nos brinda elementos para generar estrategias con ellos en donde su opinión es la que va a decir las soluciones a la problemática.

Con estos dos estudios, se concluye que una vez que los padres de familia han mostrado que gran parte de responsabilidad recae en ellos, se puede realizar un enfoque hacia los factores sociofamiliares que intervienen en la presencia de dicho factor. Al mismo tiempo que también existen jóvenes que reconocen ser los agresores de algunos de sus compañeros, por lo que por medio de la concientización se puede lograr un avance considerable.

La voz de los agresores en la creación de un programa preventivo del *bullying*

Una vez realizado un breve bosquejo sobre el tema del *bullying*, se observan pocos avances en su disminución, por lo que se ha notado que un grave problema es que no se toma en cuenta la voz de las personas involucradas, en este caso "los agresores" observándolos como el detonante para la presencia de violencia en el aula.

Sin duda alguna, las escuelas tienen un gran peso social, ya que se conciben como las responsables de la formación de los estudiantes así como del desarrollo de las aptitudes básicas y las necesidades para satisfacer sus principales demandas. Sin embargo, debido a estas problemáticas de la violencia se generan nuevos grupos de conocimientos, valores, cultura, en donde dichas actitudes los forman para el trabajo de ser dominados (empleados) (Giroux, 2003). Es por eso que, una gran parte de su trayectoria escolar, el alumno pierde voz respecto a cómo va a ser educado, lo que provoca momentos de inestabilidad emocional y conflictos por no saber hacia dónde dirigirse.

Debido a esto, y tomando en cuenta que a los alumnos se les debe formar críticamente para que puedan tomar decisiones informadas y libremente, es importante resaltar el papel del estudiante, como factor principal para las posibles soluciones a los problemas de su entorno y así que el alumno se sienta útil y partícipe en la toma de decisiones en su medio. Como es el caso del *bullying*, siendo el alumno partícipe del fenómeno, es de vital importancia recuperar su visión del tema, para así reconstruir la realidad con base en sus experiencias vividas con el propósito de generar estrategias de intervención con mayor asertividad.

Contextualizando el *bullying* en la delegación Iztapalapa

Según el periódico *Excélsior* una de las delegaciones con una tasa más elevada de *bullying* es Iztapalapa, ya que presentan un 52 por ciento de denuncias ciudadanas en donde "el mayor porcentaje de los denunciantes son adolescentes entre 13 y 14 años y las agresiones más frecuentes son las verbales con 36.3 por ciento de las denuncias y físicas con 20.4 por ciento" (Pazos, 2012).

Por otro lado, en agosto de 2010, el Consejo Ciudadano de Seguridad Pública y Procuración de Justicia del Distrito Federal firmó un convenio con la Secretaría de Educación del Distrito Federal en donde dio pauta al inicio del programa "Juntos contra el *bullying*" el cual habilita una línea telefónica de Atención Infantil para casos de *bullying*, donde personal capacitado, como abogados y psicólogos, brinda orientación tanto a alumnos como padres de familia para la denuncia del caso. Es por eso que a partir de la habilitación de la línea y hasta abril de 2014, se habían realizado 3,623 demandas vía telefónica, lo que da pie a empezar a realizar visitas a escuelas para sensibilizar y brindar información a la población.

El Consejo Ciudadano de Seguridad Pública y Procuración de Justicia del Distrito Federal, en su Análisis de Acoso Escolar de la Ciudad de México, proporciona escalas donde se puede observar el número de casos reportados y denunciados en este programa a nivel secundaria. En la tabla 3 se observan los casos de *bullying* recibidos por año.

Tabla 3
Reportes de *bullying* por año

Año	*Frecuencia*	*Porcentaje*
2010	5	2.5
2011	52	26.1
2012	67	33.7
2013	61	30.7
2014	14	7.0

Fuente: Consejo Ciudadano de la Ciudad de México (2014).

En la tabla 3 se observa que en los años 2011 al 2013 hubo un incremento significativo en las denuncias de casos de *bullying* dentro del programa de denuncias ciudadanas, sin embargo en el año 2014 se han recibido menos denuncias vía telefónica lo cual no implica que el fenómeno se haya reducido, es por eso que es necesario seguir esforzándonos cada día por reducir los índices.

Es importante contextualizar particularmente en el municipio donde se encuentran índices más elevados de *bullying* y por medio de dicha técnica obtener los elementos necesarios para descubrir hallazgos significativos para comprender el comportamiento de los estudiantes partícipes del fenómeno. Es por eso la importancia de generar investigaciones en la delegación que permitan conocer las causas específicas y realizar propuestas que ayuden a la disminución de la problemática.

Conclusiones

Una vez analizada una estrategia para generar programas para la prevención del *bullying*, además de tener un acercamiento al estudiante por medio de la técnica de aproximación biográfica, podemos partir de que el *bullying* es, sin duda, un problema social que afecta seriamente el estado de salud del estudiante, trayendo consecuencias graves como la depresión o en el peor de los casos, el suicidio. Es por eso de gran importancia analizar cuáles son las causas que conllevan a presentar conductas violentas en el aula de clases, como la violencia intrafamiliar misma que genera la réplica de conductas violentas en el aula, por otro lado permite indagar el estilo de vida que han ejercido ya que éste va a variar dependiendo del ambiente en el que habite, incluyendo hábitos de las personas con quien vive, ya que si es una familia disfuncional o con problemas de alguna adicción tiene mayores factores de riesgo de presentar conductas violentas.

Fuentes consultadas

Avilés, J. (2010). "Éxito escolar y ciber bullying", *Boletín de Psicología*, núm. 98.

Anderson, L.A. y S.C. Whiston (2005). "Sexual assault education programs: Meta-analityc examination of their effectiveness", *Psychology of Women Quarterly*, 29, 374-388.

Collelli, J. y C. Escudé (2006). "El acoso escolar: un enfoque psicopatológico". *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2007). "Factores asociados a la victimización por violencia escolar en adolescentes en educación secundaria". Disponible en http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/violencia-escolar-adolescentes-educacion-secundaria/7/ (consultado el 23 de marzo de 2015).

Consejo Ciudadano de la Ciudad de México. (2014). *Bullying: Análisis del acoso escolar en la ciudad de México. Rol de los responsables de las crianzas*. México, Distrito Federal.

Correa, R. (1999). "La aproximación biográfica como una opción epistemológica, ética y metodológica", *Revista Proposiciones*, 29 de marzo de 1999.

Delgadillo, L. G. y J. F. Argüello (2013). *Efectos de la violencia de pareja en mujeres migrantes*, Colombia, Universidad Sergio Arboleda.

Díaz-Aguado, M. J., R. Martínez Arias y G. Martín Seoane (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. Volumen uno. La violencia entre iguales en la escuela y en el ocio. Estudios comparativos e instrumentos de evaluación*, Madrid, Instituto de la Juventud. Disponible en: mtas.es/injuve/novedades/ prevenciónviolencia.htm.

_____ (2002). *La construcción de la igualdad y la prevención de la violencia contra la mujer desde la educación secundaria*, Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Encuesta Nacional de Vivienda (2013). Disponible en www.inegi.org.mx/

Foster, S. y Robin A. (1988). "Family conflict and communication in adolescence", en E. J. Masch y L. G. Terdal (eds). *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*, 2ª ed., Nueva York, Guilford Press, pp. 717-775.

Greydaunus D., H. Pratt, D. Patel, y M. Sloane (1997). "El adolescente rebelde", *Clínicas de Norteamérica*, vol. 6, 1473-1503.

Greytak, E. A. (2003). "Educating for the prevention of sexual abuse: An investigation of school-based programs for high school students and their applicability to urban schools", *Penn GSE Perspectives on Urban Education*, 2, 1-15.

Giroux, H. (2003). *Pedagogía y política de la esperanza: teoría, cultura y enseñanza: una antología critica*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu editores.

Malik, S., S. B. Sorenson y C.S. Aneshensel (1997). "Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization", *Journal of Adolescent Health* 21, 291-302.

Montañés, M., R. Bartolomé, M. Parra y J. Montañés (2009). "El problema del maltrato y el acoso entre iguales en las aulas", *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, núm. 24, 1-13.

Olweus, D. (1993). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*, Madrid, Morata, 1998 (fecha de la edición en castellano).

Organización Mundial de la Salud (2012). *Informe Mundial sobre la Violencia y Salud*. Ginebra, Suiza.

ORTEGA, 2006 (citado en Jiménez, 2007). "El rol del espectador en la dinámica del bullying", Universidad de Huelva, ISBN 978-84-96826-84-7

PAZOS, F. (2012). "Iztapalapa y Gustavo A. Madero con mayor índice de Bullying", *Excélsior*. Disponible en http://www.excelsior.com.mx/2012/01/26/comunidad/805356 (consultado el 12 de mayo de 2015).

PRICE, E.L. y Byers, S.E. (1999). "The attitudes towards dating violence scales: development and initial validation", *Journal of Family Violence, 14*, 351-375.

SANZ, A. (2005). "El método biográfico en Investigación Social: Potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales", Revista *Asclepio*-vol. LVII-1-2005.

SEP (2011). *Estrategias de intervención para la atención a la diversidad en el marco de la convivencia escolar*, 4ª ed., México, D.F.,Grupo de Educación Popular con Mujeres, A.C.

UNICEF (2014). *Informe Nacional sobre Violencia de Genero en la educación básica en México*, México, UNICEF.

VARELA, J., C. Tijmes, J. Sprague (2009). *Paz Educa programa de prevención de la violencia escolar*, Santiago de Chile, Fundación Paz Ciudadana.

VÁZQUEZ, C. (2003). *Factores de riesgo de la conducta delictiva en la infancia y adolescencia*, Madrid, Colex.

Sobre los autores

Alejandro Hernández Morales
Maestro en Sociología de la Salud en el Centro Universitario UAEM Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México. Es licenciado en Administración, por la misma universidad.

Ana Isabel Barco González
Maestra en Ciencias, profesora en el Centro Universitario UAEM Valle de Chalco en la maestría de Enfermería, y en la maestría en Sociología de la Salud.

Ana María Durán Ibarra†
Profesora de tiempo completo de la licenciatura en Nutrición, y del posgrado en Sociología de la Salud Centro Universitario UAEM Amecameca. Maestra en Educación Superior Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Amecameca. Integrante del Cuerpo Académico en Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva.

Elisa Bertha Velázquez Rodríguez
Doctora en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, maestra en Teoría Psicoanalítica por el Centro de Investigación y Estudios Psicoanalíticos de la Fundación Mexicana de Psicoanálisis. Maestra en Enseñanza Superior por la Facultad de Estudios Superiores Aragón de la UNAM. Diplomada en Teoría e Historia de las Religiones por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Desarrolla la línea de género y educación ambiental en el Cuerpo Académico Consolidado Género, Sustentabilidad, Educación y Salud, en el Centro Universitario Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México, en la que es profesora-investigadora con perfil PROMEP. Es investigadora en

los campos de hermenéutica, psicoanálisis, género y educación, y pertenece al Sistema Nacional de Investigadores.

Esteban Jaime Camacho Ruiz

Doctor en Psicología, UNAM, integrante del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I, profesor de tiempo completo en el Centro Universitario Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México. Publicación de 40 capítulos de libros y artículos en revistas indizadas, tanto nacionales como internacionales, y 80 ponencias en diversos congresos nacionales e internacionales. Líder del Cuerpo Académico. "Biopsicología Salud y Sociedad".

Georgina Contreras Landgrave

Doctora en Ciencias en la Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana y maestra en Administración en Sistemas de Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México. Cirujano Dentista (licenciada en Estomatología) por la Universidad Autónoma Metropolitana. Profesora-investigadora de tiempo completo y profesora de la maestría de Sociología de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México. Reconocimiento al perfil deseable PROMEP-SEP. Integrante del Cuerpo Académico. "Biopsicología Salud y Sociedad". Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT.

Georgina Gutiérrez García

Licenciada en Nutrición por el Centro Universitario-Amecameca de la UAEM, maestra en Sociología de la Salud por la misma universidad. Ha participado en la elaboración de material didáctico en la ANFEMM.

Griselda Vega Cruz

Licenciada en Educación para la Salud (EPS), egresada de la maestría en Sociología de la Salud de la UAEM, cursó un diplomado en Desarrollo Humano impartido por la Universidad Iberoamericana; colaboró en la Asociación Civil de Investigación en Educación Medio Superior, la cual está certificada para evaluar las instituciones del nivel medio superior a nivel nacional, ha trabajado como profesor de asignatura en el Centro Universitario UAEM Valle de Chalco. Ha participado en congresos a nivel nacional e internacional.

Juan Manuel Sánchez Soto

Maestro en Biotecnología, estudiante doctorado en Ciencias en la UAEM Amecameca, registrado en el programa de excelencia del CONACYT, fue director de Investigación y Desarrollo de Grupo Bioalquim. Fue director de Laboratorio de Centro Engels, químico analista de Centro Médico Siglo XXI, director de SM y técnico académico de tiempo completo de la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl. Profesor de tiempo completo del Centro Universitario UAEM Valle de Chalco, autor de varios artículos arbitrados y capítulos de libros, secretario y evaluador del Sistema Nacional Bachillerato de INECEMS A.C., evaluador de la revista *Wudperker Journal*, miembro del cuerpo académico de Cómputo Aplicado.

Manuel Leonardo Ibarra Espinosa

Doctor en Ciencias en la Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Profesor de tiempo completo, en el Centro Universitario Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México. Profesor de la maestría de Sociología de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México. Reconocimiento al perfil deseable PROMEP-SEP. Integrante del C.A. "Biopsicología Salud y Sociedad".

María de los Ángeles Maya Martínez

Profesora de tiempo completo de la licenciatura en Nutrición y del posgrado en Sociología de la Salud Centro Universitario UAEM Amecameca; maestra en Nutrición Clínica por la Universidad Anáhuac; coordinadora del posgrado en Sociología de la Salud UAEM-CU Amecameca; integrante del cuerpo académico: Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva.

María Luisa Quintero Soto

Profesora-investigadora de tiempo completo en la UAEM, ocupa el cargo de coordinadora de Investigación y Estudios Avanzados. Doctora en Ciencias Sociales y Políticas, por la Universidad Iberoamericana, graduada con mención honorífica. Desde el 2006 a la fecha es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I del CONACYT. Ha publicado más de 70 artículos de revistas y capítulos de libros, así como 30 libros, ha sido ponente nacional e internacional.

Néstor Serviño Reyna

Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la UNAM, profesor de asignatura de la licenciatura en Educación para la Salud, médico responsable del Servicio Médico del Centro Universitario Nezahualcóyotl de la UAEM, médico general "C" del ISEM, maestro en Sociología de la Salud, excoordinador normativo de Atención a la Salud de la Jurisdicción Sanitaria Texcoco del ISEM, excoordinador municipal del CSC Fundidores y del CSC San Lorenzo en Chimalhuacán de la Jurisdicción Sanitaria Texcoco del ISEM.

Norma Georgina Martell Martínez

Maestra en Orientación y Desarrollo de Pareja en Centro de Orientación y Promoción Humana, licenciada en Psicología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana, especialidad en Competencias Docentes por la Universidad Pedagógica Nacional, maestra en Sociología de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México. Docente en Educación Media Superior. Publicación de dos capítulos en libro, ponente en congresos nacionales e internacionales.

Omar Ernesto Terán Varela

Técnico superior universitario con especialidad en Informática en el Colegio Universitario Francisco de Miranda en Caracas Venezuela (1979-1982). Con título de licenciado en Informática, revalidado por la SEP. Obtuvo el grado de maestría en Ciencias con especialidad en Informática en el Instituto Politécnico Nacional (1984-1986) y el doctorado en Administración (Organizaciones) por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Oscar Donovan Casas Patiño

Profesor de tiempo completo de la licenciatura en Nutrición y del posgrado en Sociología de la Salud Centro Universitario UAEM Amecameca; doctor en Ciencias de Salud Colectiva UAM-Xochimilco; líder del cuerpo académico: Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva del Centro Universitario-Amecameca de la UAEM.

Rafael Alberto Durán Gómez

Doctor en Relaciones Internacionales por la UNAM, actualmente es profesor-investigador de tiempo completo en la UAEM Nezahualcóyotl, donde es docente en la licenciatura en Comercio Internacional, la licienciatura en Educación para la Salud y la maestría en Sociología de la Salud. Tiene el reconocimiento

a Perfil Deseable PRODEP. Participa también en proyectos vinculados al Comercio, la Salud y la Educación en el contexto global. Miembro evaluador en Educación Media Superior en INECEMS, organismo externo avalado por la SEP. En la UNAM es profesor de Asignatura Definitivo B en Metodología de las Relaciones Internacionales de la FES Aragón, donde también ha colaborado para la maestría en Pedagogía. Ha sido ponente en diversos congresos nacionales e internacionales.

Ranulfo Pérez Garcés

Doctor en Ciencias Sociales y Políticas por la Universidad Iberoamericana, profesor-investigador de tiempo completo en el Centro Universitario Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México, miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Nivel I desde 2008 y profesor con perfil deseable de la SEP.

Silvia Padilla Loredo

Doctora en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), graduada con mención honorifica, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT, miembro del cuerpo académico de Género; Sustentabilidad, Educación y Salud, autora de libros y artículos en revistas internacionales, participante en jurado de revisión de tesis y asesora de tesis de licenciatura y maestría. Ponente nacional e internacional.

Xochitl Italivi Flores Navarro

Licenciada en Educación para la Salud de la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl de la UAEM, maestra en Sociología de la Salud, ponente Nacional e Internacional.

Yeny Jaqueline Díaz Cornejo

Maestra en Sociología de la Salud y licenciada en Educación para la Salud por la UAEM. Ponente en diversos Congresos Nacionales e Internacionales.

Índice

Introducción
María Luisa Quintero Soto,
Esteban Jaime Camacho Ruiz, Omar Terán Varela 5

Una mirada a la formación
de los recursos humanos para la salud: caso México
Alejandro Hernández Morales, Oscar Donovan Casas Patiño
Ranulfo Pérez Garcés, Omar Ernesto Terán Varela 11
Introducción 11
Recursos humanos para la salud 12
Panorama actual 12
La mirada compleja a un problema real 20
Conclusiones 22
Fuentes consultadas 24

Políticas públicas en la difusión de alimentos
hipercalóricos desde la Teoría Sociológica de Durkheim
Georgina Gutiérrez García, Ana María Durán Ibarra
María de los Ángeles Maya Martínez, Oscar Donovan Casas Patiño 27
Introducción 27
Políticas públicas en el control y venta
de alimentos hipercalóricos 28
Influencia de la televisión abierta
en la difusión y venta de alimentos
hipercalóricos en los espacios escolares 32

Teoría Sociológica de Emilio Durkheim
y consumo de alimentos hipercalóricos mediados
por medios masivos de comunicación 36
Conclusiones 39
Fuentes consultadas 41

Representaciones sociales de las relaciones sexuales
en adolescentes: aproximaciones teóricas
Norma Georgina Martell Martínez, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa
Georgina Contreras Landgrave, Esteban Jaime Camacho Ruiz 45
Introducción 45
Teoría de las representaciones sociales 46
Condiciones socioeconómicas y su impacto
en la salud sexual de los adolescentes 47
Funcionamiento familiar y su relación
con el desarrollo de conductas de riesgo 48
Conductas sexuales en los adolescentes 49
Factores psicosociales y su impacto
en la salud sexual de los adolescentes 51
El género como eje fundamental
para la salud sexual en la adolescencia 53
Representaciones sociales
de las relaciones sexuales en adolescentes 54
Conclusiones 56
Fuentes consultadas 57

La conducta sexual de los jóvenes:
un problema de salud pública
Griselda Vega Cruz, Juan Manuel Sánchez Soto
María de los Ángeles Maya Martínez, Ana Isabel Barco González 61
Introducción 61
Biología de la sexualidad 62
Respuesta sexual humana Master y Johnson 65
Desarrollo de la sexualidad en la sociedad 66
Teorías de la conducta sexual 69
Teoría del aprendizaje social
como marco de la conducta sexual 70

Conducta sexual 71
Salud y los derechos sexuales 72
Problemáticas de la salud sexual en los jóvenes 75
Conclusiones 76
Fuentes consultadas 77

Aspectos sociales y de la salud para considerar durante el climaterio y la menopausia: una revisión del estado del arte
Néstor Serviño Reyna, María Luisa Quintero Soto
Elisa Bertha Velázquez Rodríguez, Ana Isabel Barco González 81
Introducción 81
El climaterio desde la salud 82
El climaterio y la familia 85
Violencia contra la mujer durante el climaterio 89
Conclusiones 91
Fuentes consultadas 92

Factores individuales, familiares y sociales como incidentes en el consumo de sustancias psicoactivas
Xochitl Italivi Flores Navarro, Silvia Padilla Loredo
María Luisa Quintero Soto, Elisa Bertha Velázquez Rodríguez 95
Introducción 95
La historia del hombre y el consumo de sustancias psicoactivas 95
Modelos y teorías del consumo de sustancias psicoactivas 97
Análisis existentes sobre los efectos de las SPA en los consumidores 101
Factores de resistencia del individuo y formación de la personalidad en los consumidores 103
Conclusiones 105
Fuentes consultadas 105

La aproximación biográfica como estrategia
del análisis del *bullying*, un problema social
que afecta a la salud de los estudiantes de secundaria
Yeny Jaqueline Díaz Cornejo, Rafael Alberto Durán Gómez
Silvia Padilla Loredo, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa 107
Introducción 107
La violencia escolar y sus consecuencias: *bullying* 109
Causas que intervienen
en el desarrollo de la violencia 110
Aproximaciones teóricas del *bullying* 113
Modelos para el estudio del *bullying* 115
Investigaciones del *bullying*
a nivel internacional y nacional 115
La voz de los agresores en la creación
de un programa preventivo del *bullying* 118
Contextualizando el *bullying*
en la delegación Iztapalapa 119
Conclusiones 120
Fuentes consultadas 120

Sobre los autores 123

De la obra
La sociología de la salud y los paradigmas de investigación,
el proceso editorial se terminó en la Ciudad de México durante el
mes de enero del año 2018. La edición impresa sobre papel
de fabricación ecológica con *bulk* a 80 gramos,
estuvo al cuidado de la oficina
litotipográfica de la
casa editora.

ISBN 978-607-524-160-9

El libro *La sociología de la salud y los paradigmas de investigación* contiene diversas temáticas que muestran conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios, utilizados comúnmente en las áreas de las Ciencias Sociales y de la Salud, desde un enfoque multi y transdisciplinario para poder indagar los elementos que componen la diversidad, la multiculturalidad y el medio ambiente que gira en torno a los temas de salud y de los estilos de vida saludables.

Por lo tanto, desde la sociología de la salud se pueden llevar a cabo investigaciones que busquen dar respuesta a la problemática social y a las necesidades de generación de conocimiento de la salud desde la perspectiva de las ciencias sociales, para beneficio de la sociedad en general.

MAPorrúa
librero-editor · México

Universidad Autónoma
del Estado de México

las ciencias sociales
TERCERA DÉCADA